BIBL. UNIV. CLUJ
0196 14.VII.1947
279606
EXEMPLAR LEGAL

ANUL XIX-lea, No. 1—2 IANUARIE—FEBRUARIE 1946

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

SUMARUL

Pag.

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CĂNCIULESCU: **Medicul rural.** — **Sănătatea poporului român.** — **O isbândă sanitară.** — **Mutarea Spitalului Colţea.** — **Probleme universitare.** — **Pericolul decalcifierii.** . . . 3 1 8

CRONICA BIOLOGICĂ

Prof. D-r EM. C. CRĂCIUN: **Incercări de psiho-mecanică.** . 9

LUCRĂRI ŞTIINŢIFICE

Prof. D-r GH. TUDORAN, C. ZOSIN, M. DRĂGAN: **Contribuţiuni la tratamentul nefritelor cronice prin metoda postului prelungit.** 17

Agr. D. PAULIAN: **Disarmoniile glandulare. Contribuţiuni la sindromul de disarmonie hypofiso-ovariana. Diagnostic şi tratament.** 23

G. BĂJEU: **Herniile tubo-ovariene.** 30

DOREL ENESCU: **Tuberculoza pulmonară şi potenţialul bio-electric.** 35

IOAN MICU: **Tratamentul erupţiilor cutanate post serice (boala serului) cu injecţii de hipermanganat de potasiu în soluţie 1-2%.** 38

(Urmare pag. 2 cop.)

9627

SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

V. M. PLĂTĂREANU: **Principii terapeutice folosite în tratamentul paraliziei sciaticului popliteu extern** 40

IOAN N. TATOIU: **Tratamentul tifusului exantematic prin acţiunea asociată a frigului uscat** 47

D-r I. VINŢI şi D-r N. MIŞCĂ: **Inserţia joasă a placentei.** 58

CONST. ZOSIN şi PAULA ZOSIN: **Postul prelungit ca metoda de tratament** 64

CAZURI CLINICE

Prof. D-r TITU VASILIU şi D-r TACHE COSTACHE: **Rectita şi perirectita infiltrativă în granulomatoza veneriană (boala lui Nicolas-Favre)** 71

EMIL I. BOLOGA: **Zona bilaterală** 75

I. DUCA: **Consideraţiuni asupra cefalocelelor noilor născuţi.** 81

D-r I. PETRESCU şi D-r N. MIŞCĂ: **Consideraţiuni asupra icterului grav al noului născut (familiar), în legătură cu un caz clinic.** 85

GH. SPERANŢĂ: **Consideraţiuni asupra unui caz de leucemie cutanată limfatică** 89

N. I. ZAHARIA: **Hidartroza sifilitică** 92

ISTORIA MEDICINEI

V. GOMOIU: **Bibliografie medicală românească veche.** . 95

Med. Col. D-r OD. APOSTOL: **Medicina la Omer** . . 101

COMEMORARE

Conf. D-r C. BART-Iaşi: **Louis-Pasteur 1822-1895.** . . . 102

MEDICINA SOCIALA

ION GH. COSMA: **Consideraţiuni asupra cazurilor de sifilis din Circ-ţia urbană Haţeg.** 123

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANALIZE

Farmacologie... — pag. 128. — **Infecţioase...** — pag. 129. — **Intoxicaţii...** pag. 129. — **Medicină socială...** pag. 130. — **Medicină veterinară...** pag. 131. — **Neurologie...** pag. 135. — **Oftalmologie...** pag. 135. — **Parazitologie...** pag. 135. — **Patologie generală...** pag. 135. — **Pediatrie...** pag. 137. — **Respirator...** pag. 139. — **Reumatism...** pag. 139. — **Tuberculoză...** pag. 139.

*

Colaboratori... pag. 1. — **Din sumarele viitoare...** pag. 2. — **Condiţiile de publicare, publicitate şi abonament, pentru anul 1946...** Cop. III.

ANUL al XIX-lea

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

No. 1-2/1946

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE
MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂŢI

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

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 (Cluj), Prof. TR. NASTA (Bucureşti), V. PLĂTĂREANU (Bucureşti), Doc. POPESCU-BUZEU (Bucureşti), Conf. C. STANCA (Buc.), Conf. V. TEMPEA (Bucureşti), Prof. I. ŢEŢU (Bucureşti), Prof. DAN TEODORESCU (Bucureşti), Conf. P. VANCEA (Bucureşti), Doc. D. VASILIU (Bucureşti).

BIBL. UNIV. CLUJ
0186 14 VII 1947
EXEMPLAR LEGAL

P 279

Din „SUMARUL" No.

URMĂTOARE *)

H. MACHELARIE şi A. SĂNDESCU: Colecistită acută într'un caz de situs inversus complect.

I. DUCA şi GH. CIHODARU: Asupra torsiunilor spontane de trompă sănătoasă şi cazuistica torsiunilor de anexă.

Prof. C. URECHEA, D. PAULIAN şi I. MINCIU: Automatism ambulator cu perversiuni multiple.

ALEX. CORCIOVA PASCU: Complicaţii supurate în cursul febrei tifoide.

H. ELIAS şi I. LUPAŞCU: Elemente de prognostic în tuberculoză.

I. GLĂVAN: Atrofia nervilor optici prin intoxicaţie cu oxid de carbon.

V. PLATAREANU: Contr. la studiul histaminoterapiei în migrenă.

GH. COSTĂCHEL: Sarcină univitelină cu făt normal şi monstru.

P. ROIBAŞI şi I. BĂLAN: Localizări atipice în reumatismul poliarticular acut.

GH. SPERANŢA: Prurigo nodular Hyde.

D. CIOCHINĂ: Consideraţiuni critice asupra boalelor microbiene, cu observaţii clinice personale.

G. BÂJEU: Rezecţia tip „Läwen" în flegmonul capsular al genunchiului.

COSTIN, HOLBAN R. şi MARDARE D.: Despre a treia formă de diagnostic radiologic. — Micro-radio-fotografia.

© Biblioteca Centrală Universitară Cluj / Central University Library Cluj

V. GASNAŞ: Mărirea capacităţii de alăptare. Achiziţ une recentă de tratament în „Enureza noctură".

V. GASNAŞ şi ATENA GASNAŞ: Importanţa analizei fecalelor pentru diagnostic.

M. PARASCHIV: In faţa unei epidemii cu caracter aparte.

C. ANTONESCU: Sincopă cardiacă prin asocierea extractului hepatic cu clorura de carbominoilcholină.

EUG. STRĂCHINESCU: Asupra unui caz de pneumonie lobară cu meningită cerebro-spinală acută.

ENEA BOTA: Consideraţiuni istorice asupra originei şi evoluţiei spitalelor româneşti în trecut.

OCT. ILIESCU: Kist osos esenţial al humerusului drept.

C. LUPESCU: Câteva consideraţiuni asupra alcoolismului.

Prof. D-r PREDESCU-RION: Mastoidita poate fi evitată?

D. PAULIAN şi I. TEMELIESCU: Herniile discurilor intervertebrale.

EUG. COPCEA: Fizioterapia în tratamentul obezităţii.

I. BISTRICEANNU: Poli-fizioterapia în patologia nervoasă.

C. VIDRAŞCU şi T. GUGA: Tuberculozele pulmonare atipice cu debut pneumonic.

Conf. C. STANCA şi OCT. STANCA: Contribuţiuni la tratamentul cancerului uterin.

T. LUPESCU: Contribuţiuni la tratamentul astmului bronşic.

---

*) Inafară de Articolele cu urmare.

CRONICĂ MEDICALĂ

Frământările, prin care trece ţara în prezent, pun tot mai mult în evidenţă caracterul social complex al problemelor sanitare la noi. Mai cu seamă la sate cari zac în „besnă sanitară", dupe expresia fericită dar tristă a D-lui D-r Alex. Tocilescu, ultimul din numeroşii secretari generali cari s-au perindat de 1 an şi jumătate la M-terul Sănătăţii. Durere, şi păcat, că cum se obişnueşte unul cu întunerecul, pleacă. Ce bine, dacă li s'ar asigura o stabilitate mare, acestor funcţionari cari ţin M-terele în mână, sau ar fi ţinuţi cu forţa când, satisfăcându-şi vanitatea şi alte celea, dau de greu dacă le vine rândul să aplice măsurile de îndreptare. Miniştrii, cari pleacă cu partidul, nu sunt ţinuţi să facă această dovadă.

Contribue şi această lipsă de continuitate ca problema noastră sanitară să fie mereu atacată, de chemaţi şi nechemaţi, şi niciodată rezolvată. De rândul acesta a răbufnit în presa cotidiană. Din vina Primăriei Capitalei care, pentrucă a donat un loc viran în centru, pe care să se construiască Opera Mare de Stat — de necesitate urgentă în prezent, muzica înobilând pe om şi satisfăcând pe flămând şi bolnav — a pretins în loc, pentrucă frumosul său gest să nu rămână fără răsplată, Spitalul Colţea cu clădiri gata făcute în care să-şi mute serviciile şi birourile. Şi puţintel şi a Statului care o ia în spinare, dupe ce în budgetul său general nu prevăzuse o cotă decât de 1.7% pentru nevoile sanitare — în consequenţă de atitudine de altfel şi faţă de cultura naţională, care nici ea nu are nevoe de fonduri prea mari. Căci nu ne aflăm în situaţia Rusiei care a trebuit să facă, şi face mereu, cele mai grele sacrificii pentru sănătatea şi cultivarea popoarelor sale.

Poate că este bine că discuţia a alunecat dela forurile competente în cercurile mai puţin calificate, candide prin lipsă de prejudecăţi, dar cari, ca şi eroul lui Voltaire, unesc de foarte multe ori cu „un spirit simplu o judecată dreaptă". Au venit pe rând în discuţia ascuţită a gazetarilor de meserie şi a unor oameni cari fac ştiinţă chiar când nu vor: medicul rural din trecut şi din viitor, sănătatea poporului român, desfinţarea adică mutarea Spitalului Colţea, o isbândă sanitară, problemele universitare. Noi aducem anumite probleme de medicină veterinară şi pericolul decalcifierii în masă a populaţiei.

Medicul nostru de Circumscripţie rurală este calul de bătae şi şi dovada incuriei noastre sanitare. Cu toate că reprezintă „coloana vertebrală a serviciului nostru sanitar" cum îl socoteşte D-l D-r P. Cosac, Medicul Circ. Ruşetu din Jud. Brăila, (o coloană vertebrală ruptă care întârzie să se consolideze, nu din vina pacientului).

In „Drapelul" din 14 Martie a. c. *) un cronicar aminteşte de butada răp. N. Filipescu care a considerat pe medicul rural la noi ca pe un post bugetar care trebueşte ocupat de cineva, ca să ia leafa prevăzută; — şi aduce vorba şi despre faimoasa condică de inspecţie dela primărie (condică pe care, cu toată simpatia noastră personală pentru amărâtul medic rural, necontenit i-am imputat-o). — In „Semnalul" din 24 Martie cor., autorul care pomeneşte de „besna sanitară" dela sate, reînoeşte propunerea cu primele speciale de salarizare pentru a determina exodiul medicilor dela oraşe la sate (o deziluzie în plus care, încercată, a dat un efect contrar). — Iar în acelaş ziar din 25/III/1946 D-l Ing. Ştefanopol cere pregătirea viitorilor medici rurali în şcoli medicale cu studii reduse, cari scoşi în serie, chiar dacă nu cu o instrucţie medicală suficientă, să fie prezenţi la sate cu siringa în mână, aparatul de pneumotorax şi traista plină de chinină (crearea acestui medic nu poate fi însă făcută decât cu o instrucţie de bază complectă şi de specialitate necesară, în conformitate cu proectul D-lui Prof. Mezincescu, în facultăţi nuoi de medicină — a căror înfiinţare o anticipăm de mult.

De ce este aşa şi nu a putut evolua medicul rural şi asistenţa sanitară la sate, au expus clar D-nii D-ri P. Cosac şi Şt. Cărciumărescu în articolul publicat în „M. M. R." No. 8-10/945; — şi o face convingător D-l D-r Oprea Ruşcă, Medicul Circ. Băbeni-Bistriţa din Jud. Vâlcea, în scrisoarea din care reproducem cele ce urmează, scrisoare relativă la art. nostru **„In ajutorul presei medicale"** publicat în numărul precedent:

Medicii de Circumscripţie cred că **sunt cei mai doritori să aibă o revistă** — dată fiind singurătatea în care trăesc şi lipsa oricărei alte posibilităţi de a mai rămâne în legătură cu lumea medicală — dar sunt şi cei mai instabili şi cei mai săraci. Greutăţile în care se sbat ei vă sunt bine cunoscute (am avut onoarea să vă ascult la R.-Vâlcea, acum câţiva ani, unde aţi venit în calitate de consilier) şi pe cât sunt de grele cele materiale, cele morale nu sunt mai prejos. Condiţiile în care trăesc ei fac să se sbârlească părul pe cap la cei care trăind în civilizaţia oraşelor se gândesc numai că ar putea fi nevoiţi să trăiască şi ei la fel.

Medicul de Circumscripţie e cel mai umilit şi cel mai puţin preţuit. Instalat fără prestigiu într'o cocioabă, neutilat, e chemat totuşi să îndeplinească o mare misiune. Căci aşa cum e el, e totuşi medicul ţării, 80% din ţară fiind acolo unde e el.

O mentalitate cunoscută face însă ca **să nu fie preţuit nici de cei în mijlocul cărora trăeşte** (ţăranii nu înţeleg bine valoarrea unui medic în mijlocul lor, tot aşa de bine cum nu înţeleg valoarea unui poet sau a unui pictor — nu fiindcă nu vor, ci pentrucă nu pot) şi — ce e mai trist —

*) Apariţia cu întârziere a acestui număr a permis utilizarea datelor din luna Martie.

adesea **nici de cei care l-au trimes acolo.** Pe vremea **„stagiului"** studenților în medicină la țară, venind într'un concediu acasă, am găsit un student care îmi ținea locul. M'am mirat de sigur, considerând asta medicină ilicită, după cunoștințele mele din Facultate. (Oare pentru a vindeca un țăran bolnav e nevoe de mai puțină știință decât pentru a vindeca un orășean?!). D-l Student mi-a spus că **d-l Ministru care i-a trimis** le-a spus că sunt medici de Circumscripție cu aceleași drepturi ca și titularii, nu subalterni, și că în conferința pe care le-a ținut-o la plecare, le-**a spus** că **medicii de Circumscripție sunt cei mai proști medici.** Nu i-am răspuns decât că e liber să se plimbe pe timpul concediului meu (concediu militar), fiindcă îmi voi vedea eu de Circumscripție.

Un val de amărăciune nu l-am putut opri însă. Da, suntem proști, — proști că stăm la țară, că nu ne ducem și noi la oraș, chiar dacă am trăi din curetaje, dar să fim deștepți.

Totuși: **parcă n'ar fi vinovați țăranii aceștia să fie părăsiți,** nici de cei cu știință, nici de cei cu inimă. Indărătnici, fiindcă sunt neștiutori, nu-și dau seama că măsurile preventive luate de mine scapă mai mulți oameni de moarte decât ar putea toți medicii dela oraș. Copiii plâng când îi vaccinez, țăranii murmură când le impun o măsură de igienă, dar poate cândva își vor da seama de binele făcut. Căci ei nu mă prețuesc decât atunci când n'am reușit să previn răul și vindec pe cei căzuți bolnavi.

S'a scris destul despre medicul de Circumscripție și n'ar mai trebui să mai stărui. Cred însă că în **colonii un medic e trimes mai bine utilat decât un medic în România la țară, unde i se arată circumscripția pe hartă și pleacă să o exploreze ca în Africa,** cu un stetoscop, două siringi și un geamantan, de parc'ar fi năzdrăvan, să facă minuni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La Circumscripție, totuși nu se duc cei mai proști medici, ci cei mai săraci și cei care au curajul să creadă că pot să învingă, să fie pionieri. **Căci actualii medici de Circumscripție nu sunt decât pionieri** (am avut de multe ori cinstea să fiu primul medic care a intrat într'un sat). Unii învingă, alții cad, alții fug înapoi la oraș. Mulți se mută din circumscripție în circumscripție, căutând numai binele, mulți sunt disperați că nu pot realiza nimic și își pierd vremea degeaba. Prezența lor însă înseamnă mult, și ei poate nu-și dau seama că **fac operă de civilizație;** obicinuind pe țăranul român să vadă medicina nu ca descântec, ca o posibilitate de vindecare miraculoasă, ci ca o știință, ceea ce e foarte mult ca schimbare de mentalitate.

SĂNĂTATEA POPORULUI ROMÂN CÂTEVA STATISTICI SANITARE

Statisticele noastre sanitare reprezintă alt cal de bătae pentru cei chemați să vegheze asupra sănătății poporului român. Servesc în orice caz că o justificare anticipată a grelei sarcini și eventual insucces.

In „Libertatea" din 15/III/1946 D-l J. Gruia reproduce sub titlul reportajului de mai sus din conferința D-lui Eugen Răsmeriță, Inspector general sanitar și medic șef al Capitalei, **date statistice** cu privire la câteva boli sociale: pelagra este în creștere; avem în prezent 150.000 asemenea bolnavi dar numărul lor este desigur cu mult mai mare (și o să crească vertiginos, pentrucă pelagra nu este datorată numai consumului de porumb, care și el lipsește, dar și altor cauze; — de **malarie** avem 400.000 bolnavi (numai atât?) anual; — **alcoolismul** bântue cu și mai mare furie sub re-

gimul Monopolului alcoolului şi al clandestinei fabricaţii la sate (autorul articolului dă şi date comparative oficiale cu alte state pentru consumul pe cap de locuitor); — despre **sifilis** şi modul cum se tratează, cu toată legea răsunătoare a luptei contra boalelor venerice, se însărcinează să ridice un colţ de perdea D-l D-r I. Cosma în articolul publicat în No. de faţă despre situaţia dintr'o circ., urbană, a oraşului Haţeg; la unele sate sate cu 1 medic la 14.000 locuitori D-l Ing. Ştefanopol, scrie că proporţia celor sifilizaţi trece de 90%; — despre **mortalitatea infantilă** scrie D-l Docent Axente Iancu în prefaţa la cartea „Boalele de copii", tradusă despre Prof. V. Pfaundler, că este în creştere (îi bătem pe toţi), **natalitatea** în continuă descreştere (încât o să pierdem şi acest unic avantaj asupra celorlalte popoare); **sporul populaţiei** se conformează curbelor de sus.

In timpul acesta populaţia primeşte tot mai multe boale dela animale, se îmbolnăvesc de lătirită şi animalele, în crescătoriile din preajma Bucureştilor procentul animalelor tuberculoase trece de 75%, pisicile mor de tuberculoză umană şi caii se intoxichează cu boabe de recin, ca oamenii.

O ISBÂNDĂ SANITARĂ

O asemenea isbândă, care priveşte jugularea epidemiei de tifus exantematic, cu împedecarea recrudescenţelor de primăvară, relatează D-l Medic Gral D-r D. Zamfir, medicul şef al Armatei, în „Semnalul" din 22 Martie a. c.

O isbândă miraculoasă.

Minunea se datoreşte pur şi simplu **coordonărei măsurilor sanitare şi luptei întreprinse dupe un plan unic**, la care au colaborat M-terul Sănătăţii, prin D-l Prof. D. Mezincescu, care a reorganizat sistemul de depistare şi de raportare a cazurilor de boli contagioase, a înzestrat Serviciile sanitare judeţene cu personal, materiale şi fondurile necesare, a stimulat şi supraveghiat execuţia pe teren; — M-terul de războiu, care prin Batalionul Sanitar de Control Epidemic de sub conducerea D-lui medic L.-Col. V. Albescu a format numeroase echipe de deparazitare cari operează în regiunile bântuite; — M-terul Asigurărilor Sociale, care a pus în funcţie şi la dispoziţia întregei populaţii, instalaţii de băi şi de deparazitare pe lângă uzine şi fabrici; — Soc. Rom. de Crucie Roşie, la rându-i, a organizat 25 spitale pentru izolarea şi tratarea bolnavilor contagioşi, înspecial în Ardealul de Nord şi în Moldova.

Pe' când acelaşi plan unic de coordonare a măsurilor contra tuberculozei, cel mai mare flagel naţional al nostru, care îşi creşte avantajiile câştigate în lupta dusă până în prezent mai mult pe hârtie, prin decretări programatice, decât prin depistare precoce şi izolare la timp.

MUTAREA SPITALULUI COLŢEA

Intr'un articol publicat în „Semnalul" din 21 Martie a. c., intitulat **„Se desfiinţează Spitalul Colţea?"** D-l Conf. D-r M. Enăchescu expune motivele cari pledează în contra desfiinţării prin mutare la periferia oraşului a Spitalului Colţea, în localul căruia Primăria îşi va instala serviciile sale, în schimbul terenului de peste drum pe care l-a cedat M-terului Arterelor pentru construirea Operei Române. Aceste motive sunt.

Digitized by Central University Library Cluj

Mutarea spitalului la periferie, pentru aer şi grădini, este iluzorie pentrucă oraşul întinzându-se mereu va ajunge să-l înglobeze la loc, precum a făcut cu Spitalele de copii, Filantropia, Militar ş. a., odată periferice, acum ajunse centrale; — spitalul este proprietatea Eforiei Spitalelor Civile care destule binefaceri pentru asistenţa publică a făcut în decurs de zeci de ani şi drept răsplată i s'au expropiat moşiile, pentruca acum să i se expropieze şi clădirile de spital; — iniţiativa particulară prin donaţii şi testaţii va fi înăbuşită; — trebuesc ani ca să se clădească un spital la fel cu Spitalul Colţea şi ce sume fantastice va necesita!; — pe timpurile astea de sărăcie? şi când boalele se înmulţesc şi se agravează, încă cererea de paturi crescând va fi nevoe a se clădi spitale nuoi nu a se desfinţa cele vechi! — de urmările grave ale acestei desfinţări se va resimţi şi învăţământul medical destul de şubred şi aşa, care se face în atâtea clinici instalate în serviciile Spitalului; — construirea Operei acum nu este de interes vital; — Primăria va găsi alt local pentru ea, sau va mai sta unde a stat până în prezent; — iar D-lui Primar nu-i poate rămâne indiferentă starea sanitară a populaţiei care este deadreptul alarmantă".

In „Fapta" din 21 Martie D-l Al. Mironescu este de aceiaşi părere, punctul de vedere al D-lui D-r M. Enăchescu fiind „singurul punct de vedere" valabil; — şi denunţă nefastul obiceiu sau sistem de a încurca lucrurile cu „reorganizări şi inovări" cari nu sunt decât dezorganizări, dupe cum mutarea înseamnă deocamdată desfinţare.

Dar argumentele în contra mutării şi desfiinţării provizorii a Spitalului Colţea trebuesc îngrămădite, pentrucă ochii se puseseră de mult pe el. Incă sub regimurile trecute se luase în considerare această măsură, de sigur tot în interesul bolnavilor, al populaţiei, al modernizării oraşului, ca în Centrele mari apusene; — şi al unor considerente de ordin economic, pe care le susţinea cu convingere un însărcinat oficial al nostru cu cuvânt greu în tratativele economice din străinătate; — poate că şi din alte considerente, precum de exemplu al „reorganizării" şi „înoirii" cu orice preţ, de care pomenea D-l Al. Mironescu; — care să fie răsplătită (vanitatea nu este unicul defect al oamenilor mari) cu o statue pusă pe locul vestitului Turn al Colţei întru cinstirea în viaţă a cuiva mai mare pe atunci decât chiar mai marele Primar General al Capitalei.

Aşa că „unicului punct de vedere" trebue să i se invoce în sprijin tradiţia, care trebuia să împiedece la timp dărâmarea vestitului Turn (pe care noua proprietară se angajează, oral, să-l reclădească) şi acum a Clinicilor ilustre ale lui Toma Ionescu, Stoicescu ş. a. Şi nevoia mai urgentă ca cu cele 50 miliarde lei, câte s'au prevăzut din primul condei pentru construcţia Operei, şi cu a celor desigur pe atâtea la prima vedere pentru Palatul Muncipal, să se înceapă cu un moment mai de vreme clădirea de dispensare medicale cu locuinţă pentru medic în fiecare sat; dispensare antituberculoase la sediul fie-cărei plăşi sanitare, toate „Model"; spitale de tuberculoză, cât de mari, în fiecare judeţ. Să se aloce la aceste sute de miliarde şi cele 900 milioane de lei oferite din elan generos de către D-l Prim Ministru „Consiliului Naţional de Cercetări Ştiinţifice" care solicitase numai 100 milioane —, restul dându-i-se când se va fi pus pe treabă şi treaba va da rezultate bune.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vom realiza astfel o şi mai mare „isbândă sanitară" decât cea înregistrată mai sus, datorită doar dublării centezimalei cote budgetare.

PROBLEME UNIVERSITARE

In cadrul anchetei: **„Probleme universitare"** pe care o întreprinde „Jurnalul" prin D-l Al. Sergiu, s'au înregistrat până în prezent părerile D-lor Prof. P. P. Negulescu şi D. Danielopolu. Asupra acestor păreri autorizate şi a celor ce se vor produce între timp, vom reveni mai târziu. Deocamdată semnalăm că D-l Prof. Negulescu este contra creerii de noui Universităţi în provincie, cari ar spori şomajul intelectual; iar D-l Prof. Danielopolu este de părere că, desvoltând pe cele existente, ţara noastră are nevoe de mai multe Universităţi, ca să se desfinţeze examenul de admitere, care este odios — se referă înspecial la crearea de noui facultăţi de medicină, — D-sa fiind ca şi D-l Prof. Negulescu de părere că pe lângă o repartiţie defectuoasă avem prea puţini medici.

O altă latură a problemei universitare ia în considerare D-l Conf. D-r Al. Crăiniceanu.

Denunţă **renunţarea** (înmormântare fără serviciu funebru — scrie D-sa) **la înaintarea pe loc** — distincţie firească, onorabilă (şi încurajetoare), şi **reîntronarea blocării pe loc pe viaţă** (blocare care începuse de când cu instalarea agregaţilor onorifici, nemulţumiţi şi ei la un moment dat) a elementelor valoroase din generaţia care îşi reclamă pe drept cuvânt drepturile la timpul ei. Blocarea a mai condus la **inflaţie de catedre** creiate pentru anumite persoane. **Noile catedre,** ca să aibă auditoriu, **au aglomerat numărul cursurilor pe capul studenţilor.** In alte ţări există **categoria profesorilor extra-ordinari** (extra-budgetari), cari conduc **„Institute"** frecuentate benevol de studenţi (uneori mai asiduu decât cursurile obligatorii).

Crearea de nuoi facultăţi de medicină va ajuta şi la remedierea acestor inconveniente, nu de mică importanţă.

PERICOLUL DECALCIFIERII

In numărul de faţă, la rubrica „Analizelor de medicină socială" pag. 130, D-l Medic Vet. D-r Rădulescu-Calafat, medicul veterinar Şef al Municipiului Bucureşti, atrage atenţia asupra procesului de decalcifiere de care sunt atinşi Francezii.

Media creşterii talici la copii scoboară din an în an dela 1940, pe când erea în creştere în anii de dinaintea războiului, — dentiştii constată că dantura francezilor este deplorabilă şi că proteza a luat un avânt extraordinar; — mamoşii nu mai sunt nevoiţi să prescrie mamelor un regim sărac în calciu, pentrucă acum femeile nasc uşor din cauza întârzierii procesului de osificare al oaselor craniene la noul născut.

La noi rezultă un factor nociv în plus din consumarea făinei integrale pe care personal l-am denunţat de mult — şi pe care foarte multă lume l-a constatat, anume turburările digestive cu fenomene de intoxicaţie şi diaree, provocate de calitatea proastă a făinei.

Este de văzut dacă această posibilitate a favorizat, şi în ce măsură, tuberculoza care are predilecţie pentru organismele decalcifiate.

Măsuri ca în Franţa şi Anglia să impun de urgenţă şi la noi.

M. C.

INCERCĂRI DE PSIHO-MECANICĂ

de

Prof. D-r EMIL C. CRĂCIUN

Dintre nenumăratele soiuri de părticele — neanimate sau animate ce compun întreaga lume, specia om e caracterizată, mai mult decât oricare alta, prin stranii manifestări, greu de clasat, cu neputinţă de pătruns. După un străvechiu obiceiu, acestea pot fi grupate şi denumite cu un termen expresiv, dar neclar, acela de suflet. Ce înseamnă asta?

Oricât de singur, în sihăstrie, sau oricât de supt în vârtejul celor lumeşti, omul nu scapă nicio clipă, din zi ori din noapte, de dialogul cu acest tovarăş nevăzut, dar exigent şi inexorabil, ca un stăpân absolut. La fel orice grupare omenească, orice seminţie, orice epocă, are sufletul ei. E o forţă tainică şi neînfrântă, de care atârna destinul fiecăruia în parte şi al tuturor la un loc. Iar când se ciocnesc împreună oameni sau popoare, s'au înfruntat şi încleştat sufletele înaintea pumnilor. Dar ce e sufletul?

Fiecare şi-l creşte, şi-l înfrumuseţează cum poate, îi dă tot, îi sacrifică orice. Nimic nu-i prea greu de făcut, dacă aşa cere sufletul. Linia lui nu şi-o schimbă, şi n'o putem părăsi, orice codiri şi plăsmuiri am încerca. Doar copiii, sau popoarele în copilărie, mai cred că dincolo de sufletul lor ceţos, lumea e condusă de zei-regisori şi dătători de premii sau pedepse ca un dascăl de şcoală. Adevăratul stăpân şi despot e sufletul. Ce este această forţă supremă?

Când apreciem pe unul sau pe altul, îi cumpănim faptele, dar mai ales sufletul. La fel ne închipuim şi judecata de apoi, asupra căreia prea des anticipăm, ca puri farisei, judecând oricând pe oricine. Ce-i acest germen şi sâmbure viu, quintesenţa întregii vieţi omeneşti?

Nu ştim, dar poate că nici perspectiva aleasă nu a fost totdeauna cea mai obiectivă. Căci cei ce au proectat asupra problemelor sufleteşti lumini cercetătoare au fost fie artişti sau filosofi şi moralişti, fie pedagogi sau clerici. Sunt desigur puncte de plecare foarte înălţătoare. Dar este greu ca spiritul de sistem să fie lăsat cu totul în afară şi ca deformările temperamentale să nu se amplifice prin deformări profesionale.

CC-BY-NC-ND Romanian Academy Library, Cluj

Ce este sufletul? este o parcelă de infinit, vremelnic legată de bulgărele de lut al trupului, așa cum spun cei ce cred în spirit, în metempsihoză? Sau este o simplă degajare de energie ca o rezultantă a funcțiilor organice, cum vor materialiștii ireductibili?

Pentru unii psihiatri, sufletul este doar un sinonim al personalității. Iar călătorii impenitenți pe căile eterne ale metapsihicei, pot povesti tot ce vor despre o lume în care muritorii de rând nu sunt admiși.

Să nu fie oare între suflet și corp niciun element comun? și să fie ele chiar separate categoric, să aparțină la două planuri de realitate cu totul deosebite? Căci așa se resemnează să afirme unii cugetători moderni (Lalande); dar aceasta ar însemna că un domeniu așa de important trebue abandonat teosofilor.

Este însă în spiritul vremii noastre să încercăm aci aplicarea metodelor și conceptelor uneia sau alteia dintre științele moderne. Un bun punct de plecare, fiind vorba de manifestări ale speciei umane, este să recunoaștem că sufletul, în orice caz, este o manifestare biologică, cum a afirmat părintele pozitivismului Auguste Comte. E adevărat că rezultatele cercetătorilor de până acum, ca Ribot și alții, sunt prea puțin încurajatoare.

Nu se știe ce e sufletul, deși ne ciocnim de el la fiece mișcare. Motivul stă de bună seamă în aceia că nu se manifestă direct, ci numai prin intermediul netotului trup omenesc, prin sărmanele sale mijloace de expresie.

Poate totuși că e mai bine că sufletele nu se văd direct. Este desigur o providențială milostivire a Atotputernicului. Aceasta salvează și estetica și securitatea relațiilor între oameni. Altfel am putea să ne închipuim, cu Jules Verne sau cu Wells, o mutuală omucidere universală care ar isbucni instantaneu, ca o imensă explozie de ură nimicitoare, fiecare văzând în fine cu cine are a face de jur în jurul lui.

Căci sufletul a rămas partea cea mai primitivă, cea mai needucată, cea mai sumară a omului. Chiar Geneza ne arată de altfel că sufletul lui Adam a fost creat cât ai sufla, pe când cerul și pământul, fauna sau flora, au cerut câte-o zi fiecare. Ori, sufletul omenesc de azi, nu-i prea departe de al lui Adam. Să fie oare în viteza excesivă a acestei părți a creației, motivul imperfecției relative a sufletului omenesc? După aceia, ni se spune, creația s'a oprit brusc, deși a mai rămas o zi liberă: gestația lumii a fost dusă la termen normal? Cum ar fi arătat lumea, dacă cel puțin jumătate din a șaptea zi ar fi fost consacrată creerii și rectificării sufletului omenesc? Nu avem azi nicio definiție satisfăcătoare a acestei imense energii necioplite, care e sufletul.

Științele exacte nu ne dau niciun ajutor, niciun răspuns în ce privește natura exactă a sufletului. Aceasta poate pentrucă sufletul ca și viața, sunt fenomene dintr'o categorie ce depășesc mijloacele noastre de analiză și de sinteză. Totuși nu putem dezarma, căci sunt apăsătoare problemele de fiece zi, ce depind de o normală funcționare sufletească a fiecăruia față de aproape.

© Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Cluj

Cu o primă aproximaţie, în numele Mediteranei septentrionale şi în spirit cartezian, s'ar putea spune că sufletul există, pentrucă o simţim cum ne poartă dealungul vieţii, că se comportă ca o energie specială, pe care n'o putem percepe direct, după cum nici electricitatea n'o putem percepe direct, ci de exemplu prin contracţia muşchilor noştri. Şi că singurul test al acestei energii e tocmai ansamblul de manifestări, de gesturi ce vin din suflet, — sau din lipsă de suflet.

Fără nici-o scrântire adusă adevărului ştiinţific, se poate recunoaşte că, pragmatic, **termenul acesta de suflet desemnează un residuu neanalizabil şi nemăsurabil al fenomenelor energetice din viaţa noastră interioară, fenomene ce nu se pot exprima decât indirect** [1]).

Această enunţare cuprinde şi două ipoteze de lucru: putem spera că acest rezidiu va deveni, graţie progreselor, tot mai restrâns. Şi în al doilea rând, că graţie tocmai acestor mijloace de exprimare, vom câştiga cu timpul mijloace tehnice de măsurare, adequate şi sensibile, aşa cum ampermetrul măsoară electricitatea şi aşa cum encefalograma este un martor al ideaţiei.

Deci cu un punct de plecare pragmatic, îl vom considera sufletul ca o manifestare biologică a speciei om, şi ca atare, chiar ignorându-i esenţa, îi vom putea — şi trebue să-i studiem — efectele, bune sau rele, asupra fiecăruia în parte şi asupra tuturor celor din jur. Căci de când e omenirea şi cât va mai fi, oamenii vor depinde unii de alţii mai mult prin suflet decât prin materie.

Iată-ne deci înarmaţi cu o definiţie preliminară, chiar dacă este incompletă. Vom vedea că totuşi nu-i lipsită de aplicări demonstrative şi foloase reale. Nici variola nu ştim ce este, dar o combatem cu succes, cu mult înainte de Pasteur, prin mijloace umile, dar fără greş.

In treacăt fie zis, **dacă problemele sufletului sunt aşa de înapoiate**, şi dacă trebile omeneşti trag de aci atâtea ponoase, este, credem noi, pentru următoarele trei motive. In primul rând, printr'o curioasă aberaţie, sufletul omenesc a fost considerat ca de o esenţă supraomenească, excepţională, divină, supranaturală. Cum să legifereze oamenii o parte a divinităţii? Ceeace permite încă acestui copil năravit, dar superior, să creadă că poate călca orice regulă. Poate că cel mai grabnic lucru de făcut este să căutăm a readuce manifestările sufleteşti printre celelalte manifestări ale biologiei umane, dându-le, fireşte, o clasă foarte înaltă, oricât de înaltă, dar nu supranaturală.

In al doilea rând, prea mult ne oprim la sufletul individual şi prea puţin la manifestările dintre un suflet şi altul. Omenirea mai are un suflet colectiv, care e suma algebrică şi nu aritmetică, a tuturor sufletelor. Nemuritor e numai acest suflet colectiv al omenirii, luată ca un fenomen cosmic continuu. Dar sufletul mulţimilor ne este încă mai puţin cunoscut ca cel individual.

Când psihologii, cu Gustave Lebon şi alţii, au binevoit a se ocupa de sufletul mulţimilor, a fost ca să arate că din însumarea su-

---

1) Afară de excepţii: telepatia, citirea gândului, hipnotismul — în sensul restrâns ce i se dă acum. Şi ceeace metapsihia nu mai putea dovedi indiscutabil.

fletelor individuale, rezultă doar scăderi și deprecieri ale unor calităţi faţă de accentuarea unor defecte. N'au ştiut desluşi un **fenomen pozitiv** de o imensă însemnătate: **numai prin colectivitate, mai precis prin colectivizare, sufletul omenesc poate câştiga cea de a patra dimensiune,, anume timpul.** Şi numai câştigând timp, poate evolua îndestul ca să influenţeze imensa povară a eredităţii. Căci ereditatea reprezintă factorul esenţial, contingentul prevalent al determinismului sufletesc. Ereditatea este piatra de încercare unde se sfarmă atât sforţările pedagogiei, cât şi criteriile responsabilităţii, fără a mai insista asupra înduioşătoarelor şi neobositelor râvniri la liberarbitru.

In al treilea rând, pentru o tentativă de lămurire, — aşa cum au făcut Delmas şi Boll pentru sufletul individual — **nu s'au folosit îndestul excepţiile, anomaliile şi mai ales tulburările, adică patologia sufletului social, sau de grup.** Vom vedea ce rodnică este această metodă pentru a arunca o nouă lumină, cu totul obiectivă, asupra acestor fenomene complexe. In cele ce urmează, vom face larg apel tocmai la patologia, adică la nepotrivirile vieţii psihice inter-individuale, căutând a le exemplifica plastic şi a le lumina pe cât posibil prin analogii.

Aşa cum va apare lămurit mai la vale, scopul acestei expuneri este să evidenţieze ce rol deciziv joacă tocmai inter-dependenţa manifestărilor sufleteşti, deci **dinamica şi cinematica socială a sufletului.** Sau, cu alte cuvinte, după ce modalităţi, în viaţa de toate zilele, sufletele se îmbină, se angrenează unele cu altele. Vom vedea că tocmai de aci decurg rezultate variate: prin acţiunea lor mutuală sufletele se întăresc sau se diminuează, se întunecă sau se luminează. Intocmai cum undele sonore se pot intensifica şi armoniza sau pot face interferenţă, anihilându-se disonant unele pe altele.

In toată expunerea noastră, vom considera **manifestările vieţii sufleteşti ca fiind datorite unei anume energii încă ne identificate.** Ciclul acestei energii constitue **fiziologia sufletului,** despre care va fi vorba mai pe larg tocmai la finele acestei expuneri. Căci, drumuind, ne va fi mai uşor să lămurim anume puncte de vedere câştigate intuitiv. Pentru început, vom vedea că i se poate atribui sufletului chiar o **anatomie,** adică aparate, structuri ce determină felul şi limita manifestărilor sale funcţionale.

Subiectul este vast, nelămurit, spinos, uneori hipersensibil. O privire roată peste întregul orizont este aci preferabilă unei miniaturi sau aqua-forte. Telul este să oferim mai ales sugestii şi puncte de întrebare, şi nicidecum teoreme sau demonstraţii.

Nu este uşor de cercetat deschis problemele sufletului dintr'un punct de vedere al naturalistului pur, mai exact, al antropologistului. Plutesc încă în aer tot felul de superstiţii şi reliquii animiste, spiritualiste, spiritiste. Pentru cel ce se dedă la istoria ideilor omeneşti, asemenea ipoteze afirmate şi nedovedite, au devenit dogme. Nu e locul de a le examina mai strâns sub acest unghiu, dar trebue recunoscut că ele au avut un mare rol istoric, care e demult perimat.

In numele unui prezent aşa de frământat, în numele viitorului şi al viitoareti omeniri, să încercăm, **cum grano salis**, perspective noi pentru vechi probleme.

STRUCTURA STATICA A SUFLETULUI

Am definit sufletul ca un residiu energetic pe care nu-l putem analiza direct şi obiectiv cu niciuna din metodele sau procedeele tehnice azi cunoscute.

In orice caz este sigur vorba de un fenomen energetic sau de un grup de asemenea fenomene. Cu titlul de ipoteză însă putem încerca să considerăm sufletul ca o formă deosebită de energie şi să căutăm analogii între energia sufletească şi energiile propriu zise, care fac obiectul ştiinţelor precise.

Această a doua lume ce purtăm necontenit cu noi — lumea sufletului — e neasemănat mai greu de prins în etichete şi de măsurat ca cealaltă, cea vizibilă. Poate greutatea vine de acolo că în lumea sufletului trăim şi nu vedem, iar din lumea aievea, unde stăm bine ancoraţi prin simţuri, pofte şi realizări, vedem dincolo doar ca prin ceaţă. Intocmai ca într'un iezer, la munte. Pe margine se văd pietre, dar imagina lor tremură la fiece undă. Mai departe, chiar când soarele e în miez de zi, se mai deosebesc pietrele doar ca pete a'burii sau sure, printr'o ceaţă sticloasă în care se încrustează crestele şi pe care gonesc ori adastă norii, sau o împânzesc pale de neguri. — Sunt evident lumi de esenţă deosebită, articulate inadequat, oarecum provizoriu. Şi toate nepotrivirile, pe un plan aşa de vital, dor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Inhămarea sufletului la corp, la materie, a fost dela începutul începutului imperfectă. Şi, spre tragedia specii omeneşti, a doua săptămână a creaţiei, cu corectări şi revederi, n'a mai venit.

Am definit sufletul ca o formă deosebită de energie, — deocamdată nu se poate încă spune: ca un fel deosebit de energie.

Fizicienii admit azi, dela Plank, că orice energie constă din quanta, adică din unităţi ireductibile. Mai ştim, de un secol dela Schlaiden şi Schwann că individul se poate despărţi în celule, iar de vreo trei decade ştim că aceste celule pot trăi înde'init independent de corp, aşa cum au dovedit cu prisosinţă culturile în ţesuturi după metoda Harrison-Burrow-Carrel. Tot fizicienii au arătat că atomul, chiar dacă nu se poate tăia, are o structură, e un conglomerat, căci microscopul electronic a venit să descifreze imagina lor, dispoziţia şi mişcările în spaţiu ale acelor particule sub-atomice. Infinitul ne pândeşte deci la fel, fie în sensul: mare, enorm, fie în sensul: mic, infim.

Prin urmare şi în baza unui principiu fundamental, acela al unităţii de plan a întregului univers, naturalistul trebue să caute care sunt părţile componente ale sufletului omenesc. Ce electroni are şi ce protoni? Căci şi sufletul, ca orice energie, ca şi materia, trebue să fie un fenomen neomogen, particulat.

Asemenea postulate corespund ele faptelor?

Un examen mai atent ne dă confirmarea. Fenomenele sufleteşti

sunt discontinui, mişcarea şi succesiunea lor sunt variabile, distingem fără greutate aceleaşi elemente sufleteşti, cari revin în anume împrejurări, sub imperiul unui determinism care este, ce e drept, sui generis, dar incontestabil. Acele elemente sunt de mai multe feluri şi se grupează în serii similare. Iar aceste serii păstrează între ele raporturi constante, ceteris paribus, dacă le urmărim la unul şi acelaşi individ.

Aşa că, prin analogie intimă, cum trupul are organe cari constau din ţesuturi şi celule, iar acestea la rândul lor cuprind puzderie de organite celulare, tot aşa sufletul are organele sale grupate în aparate ce constau din ţesătura altor unităţi mai mici.

Psihologia clasică a stabilit trei mari categorii: intelect, afectivitate, reacţii. Stările corespunzătoare în ultima analiză reprezintă unităţile deocamdată indivizibile, ireductibile, ale vieţii sufleteşti. Un sentiment e o unitate, care chiar dacă ar fi disecat mai departe, cum disecăm azi molecule şi atomi, însă revine mereu cu aceleaşi caractere-tip, se comportă ca o unitate, poate fi descris, identificat, clasat, în raport cu o diferită intensitate de acţiune, cu alt ritm, energetică, în altă asociaţie. Sentimentul e deci un fel de atom al vieţii afective. La fel percepţia, e o unitate, un atom al vieţii intelectuale şi aşa mai departe.

După cum se poate vorbi de anatomie, adică de dispoziţia quantelor de energie însumate într'un atom, de heliu sau în cel de plumb, tot aşa se poate deci vorbi de anatomia sufletului, adică de părţile elementare care-l compun, de raporturile lor reciproce, de felul cum se integrează.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vom considera deci că există un **aparat intelectual** care este compus din feluriţe organe sau ţesuturi precum: percepţiile, memoria, imaginaţia, raţionamentul. Iar percepţia constă din senzaţii pe cari le identifică, le localizează, deci le compară şi ierarhizează. La rândul ei, memoria reţine şi clasează, sau redă la cerere, mai mult sau mai puţin fidel, ce a primit. Imaginaţia brodează şi combină cu elemente primite, şi când nu, inventă. Iar judecata digeră şi asimilează impresii, percepţii, sau abstrage concepte şi idei, evaluează şi alege, după cazuri.

Se adună senzaţii ca nişte sunete, se adună imagini ca nişte acorduri. Se depun în tezaurul amintirii, uneori se suprapun, pălesc, întocmai ca planurile unei perspective ce se mişcă oblic, ca din fuga trenului. Altele se topesc, îmbogăţesc sufletul cu substanţa lor anonimă, întocmai cum florile şi ierburile nu mor de tot când se topesc şi fac pământ negru roditor. Fantezia ajută podoabe vechi şi înfiripează decoruri noi cu efecte de caleidoscop în lumina conştiinţei. Cu acele imagini trăite, cu acele bucăţi de viaţă, sufletul face toate combinaţiile posibile, aşa cum inginerul reface dela distanţă profilul unei văi, după datele consemnate în carnetul său de lucru.

Din asocierea acestor diferite elemente, acestor aptitudini, rezultă un organ superior de conducere şi coordonare, ceva analog cu aparatul glandular endocrin din corp. Este **bunul simţ**. Acesta

ne dă orientarea între valorile vieţii, antenele ca e prind dintr'o mie de unde pe cea justă, simţul de a-şi găsi ca ea intr'un labirint de unde fiica lui Minos e absentă, ceeace face că pierdem ori nu po ul magnetic. Bunul simţ, născut, nu făcut, este întocmai ca o vioară care are sau nu tonul just, ceeace decurge din construcţie, materiale, etc.

Desigur sunt aci, dela om la om, deosebiri isbitoare. Insă adâncind lucrurile, vedem că deosebirile se reduc uneori la deosebiri de material pe cari operează intelectul. Intre cineva făcut să rămâie un vânător în Laponia şi altcineva mânat să devie un Taleyrand, pe lângă deosebiri intrinseci, sunt în orice caz deosebiri de aparat de informaţie, din forţa lumii exterioare în ce priveşte ritmul şi cantitatea şi felul lor.

Diferenţa e în bogăţia, în nobleţea materialului de prelucrat, chiar dacă geniul e acelaşi. Un Michel Angelo ar fi putut fi silit să prelucreze nu în cele mai perfecte blocuri scoase dela Carrara, ci doar lut, ori ceară, însă valoarea operei artistice, sub raportul estetic, ar fi rămas aceiaşi.

Bunul simţ e un aparat optic special de orientare între valorile omeneşti şi repercusiunile schimbărilor exterioare asupra dinamicei sufleteşti, fie pentru noi, fie pentru cei dimprejur. E ceva care e mai rapid şi mai sigur decât operaţiile migăloase ale judecăţii. Bunul simţ e un fenomen de calitatea geniului, a revelaţiei, pe când judecata ţine de categoria ştiinţei migăloase, chiar pedante.

Bunul simţ distinge „esenţialul de accesoriu", ia hotărârea cea mai potrivită în armonie cu momentul şi persoanele interesante. Dă nuanţa exactă, măsura justă.

Marele său rol dinamogen provine din evaluarea instantanee a distanţelor şi vitezelor cu care trebue condus un vehicul.

Mai departe, **aparatul afectiv** constă din organe în aparenţă cel puţin, variate şi inegale. Sunt sentimentele cu coloritul lor infinit. Aci stau fibrele cele mai intime ale sufletului, structurile cele mai sensibile, osatura ireductibilă. Sufletul este sau capabil de dorinţe, chiar de lăcomie, sau e indiferent. Poate fi bun sau rău, cu sine şi cu cei din jur; uneori simţitor la culme, alteori obtuz, apropiat sau închis, captivant sau repulsiv.

Infine, există şi un **aparat motor**, mai bine zis, de **reacţie**. Aceasta constă din hotărâri şi manifestări exterioare, sau din atitudini şi colorit interior. Pentru muşchii trupului distingem între mişcare accidentală şi tonus permanent. Un muşchiu poate fi încordat şi să lucreze intens fără mişcare exterioară.

Aceste aparate, ca şi cele trupeşti, se află în continuă şi intimă colaborare. Aşa aparatul afectiv este strâns legat de cel de reacţie şi din îmbinarea lor rezultă temperamentul. Acesta foloseşte mijloacele inteligenţii, dar el domină, el conduce sufletul.

La începuturile ei, anatomia se mulţumea să descrie părţi şi forme. Dar apoi, cu Owen, cu Goethe, cu Lamostd, cu Darwin, mai recent cu Wilhelm Roux, s'a accentuat latura funcţională a structu-

rilor anatomice [1]). Primii doi au arătat că oasele craniului nu sunt decât vertebre, dar mult modificate, adaptate unui conţinut (creer, etc.) care prelungind măduva spinării, este însă altfel configurat. Ultimul ne-a făcut să vedem în fibrele conjonctive ale unui tendon, a e unei aponevroze, direcţia liniilor de forţă, la care răspund acele puternice formaţii anatomice. Sunt deci structuri funcţionale.

Aşa că trebue ţinut seama şi de modelajul pe care diferiţele acţiuni şi reacţiuni îl imprimă structurii iniţiale. Această continuă adaptare se imprimă şi menţine în formele corespunzătoare şi acestea se transmit ereditar. Aducem pe lume, din născare, o anume structură şi o anume configuraţie sufletească, care e **temperamentul, caracterul.**

Cu alte cuvinte, anatomia sufletului suferă schimbări în cursul vieţii; creşte şi se desvoltă ca orice este viu. Dar mai ales, suferă o adaptare a proprietăţilor deja înăscute, o armonizare, întocmai ca structurile trupeşti. Mai suferă uzură, boli, răni, hipertrofie sau încircire, se cicatrizează sau rămâne deformată sau cu puncte nevralgice. Toate acestea ca un rezultat al experienţei, al încercărilor de tot felul. Ceeace experienţa personală — educaţia în sens larg — mai poate adăoga sau scoate, e puţin şi superficial: unghiuţe pilite, calozităţi roase, pilozităţi scoase, — dar cari cresc la loc, neîncetat: „chassez le naturel, il revient au galop". Sufletul îşi face obiceiuri, credinţe, manifestă gusturi, înclinări, chiar pasiuni, ajunge uneori la obsesii care-l rod ca un cancer.

Aşa că ceeace numim forma unui suflet, silueta lui exprimă nu numai funcţiile de care era iniţial capabil, ci şi pe acelea efectiv îndeplinite. Sentimentele, dorinţele, vâltoarea — sau vidul — sufletului se întipăresc în aspectul, în silueta acestuia, se văd. Silueta traduce în afară valoarea unui suflet. E vorba, cum vom vedea, de valoarea actuală, de ceeace această energie poate produce. Deci nu numai înmagazinarea funcţiilor posibile sau efectuate, dar şi a celor ce tocmai se îndeplinesc. Dar această latură a problemei e numai pomenită aci în treacăt.

(Va urma)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) La noi, cu Fr. Rainer. N. R.

Spitalul „Sf. Spiridon" Iaşi
Clinica I medicală

CONTRIBUŢIUNI LA TRATAMENTUL NEFRITELOR CRONICE PRIN METODA POSTULUI PRELUNGIT

de

Prof. D-r GH. TUDORAN C. ZOSIN, M. DRĂGAN

In ultimii ani s'au aplicat tot mai frequent anumite metode dietetice în terapia diferitelor maladii. Dietetica, considerată până acuma ca metodă accesorie de tratament, este astăzi socotită ca o ştiinţă ce face parte din biologie şi biologia patologică.

Metodele şcoalei naturiste au luat o deosebită extindere datorită rezultatelor terapeutice obţinute.

In special, tratamentul cel mai uzitat utilizează metoda postului prelungit, bolnavul primind ca alimentaţie numai o anumită cantitate de zeamă de fructe şi legume crude.

Digitized by Central University Library Cluj

Sucurile de legume şi fructe crude erau recomandate de multă vreme, pentru a complecta o alimentaţie deficientă în vitamine sau substanţe minerale şi care dădea naştere la diferite tulburări de metabolism. Astăzi, aceste sucuri de cruditâţi nu se mai utilizează ca adaus, ci reprezintă unica alimentaţie din timpul postului.

Metoda postului prelungit se recomandă în afecţiuni diferite cu rezultate variabile. Noi am aplicat această metodă în tratamentul nefritelor cronice. Se ştie că tratamentul medicamentos în nefritele cronice nu poate influenţa alteraţiunile anatomice.

Medicamentele administrate în afecţiunele renale au numai un rol simptomatic. Datorită faptului că majoritatea afecţiunilor renale întâlnite în clinică sunt cele cronice, rezultatele tratamentului sunt adesea mediocre.

Afecţiunile acute, în deosebi glomerulo nefrita în focare, se vindecă adesea spontan, iar glomerulo nefrita difuză acută se poate vindeca cu ajutorul unui tratament instituit precoce şi bine condus. In această din urmă afecţiune, tratamentul dietetic are o importanţă deosebită.

In terapia nefritelor cronice, repausul şi tratamentul dietetic sunt cei doi factori care ameliorează. In asemenea cazuri, unde adesea medicamentele se dovedesc a fi inoperante, suntem obligaţi ca prin măsurile noastre terapeutice să favorizăm la maximum principiile cu-

noscute ale procesului natural de vindecare, ce se găseşte în organism. Respectarea acestui principiu se poate face prin organizarea măsurilor dietetice; factorul dietetic având o acţiune ce se adresează nu numai organului lezat, ci şi organismului în general.

* * *

Cura de post prelungit a dat dovadă de o eficacitate deosebită în tratamentul multor maladii. Sunt diferite procedee: Cele mai cunoscute sunt metodele lui Brauchle şi Grotte. In scop pregătitor, se poate începe cura cu 2 zile de fructe crude. In acelaş timp, se evacuează intestinul cu ajutorul unei cantităţi de 40 gr. sulfat de sodiu, sare de Karlsbad, sau oleu de ricin. Purgativul se ia deobicei în dimineaţa primei zile de post. Va putea fi repetat a doua şi a treia zi. In cazurile când bolnavul este constipat, se vor administra aceleaşi medicamente zilnic, sau la două zile, în doză laxativă.

Grotte recomandă la bolnavii săt, în tot timpul postului, în fiecare dimineaţă, o clismă de 1/4 litru infuzie de muşeţel, care uşurează evacuarea intestinului. Alţi autori recomandă zilnic o clismă de 1 litru de apă, la o temperatură de 33 grade.

Postul poate fi:

a) Postul cu ceaiuri.
b) „ cu compot.
c) „ cu sucuri de fructe şi legume crude.

a) **Postul cu ceai.** Bolnavul primeşte în timpul unei zile o cantitate de aproximativ 700—750 gr. de ceai, rezultat prin opărirea plantelor ce se utilizează obişnuit ca ceaiuri: muşeţel, menthă, tei, nalbă, etc.

b) **Postul cu zeamă de compot.** Se recomandă compotul din diferite fructe. Acest compot se îndulceşte cu zahăr sau cu dextropur. Unii bolnavi preferă postul cu compot de mere. Compotul se poate prepara din 1—1, 1/2 kgr. mere tăiate felii şi curăţite de coaje 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.** Majoritatea autorilor preferă utilizarea postului cu sucuri de fructe şi legume crude, după care trec la aşa numitul regim de „Rohkost".

Zeama de fructe şi legume crude este săracă în calorii şi conţine pe lângă 80% apă, o cantitate de zahăr de 7-9 gr. %, săruri minerale, în deosebi săruri de potasiu şi de calciu, ce au o acţiune diuretică — clorul şi sodiu lipsesc aproape complet —, 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.

Brauchle consideră conţinutul ridicat în vitamine, ca unul din cei mai importanţi factori terapeutici. In ultimul timp acţiunea eficace a postului, cu regimul de sucuri şi cruditâţi, este explicat de Kollath prin fenomenele de oxidoreducţiune.

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.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru prepararea sucurilor se aleg fructe 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 — prese de preparat zeama, se poate obţine cantitatea dorită de sucuri. 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, ţelină, pătrunjel, usturoi, etc.

Pentru a da un gust cât mai plăcut, se pot face amestecături 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 de legume, restul putând fi complectat cu ceai sau compot.

Trecerea dela post la alimentaţia obişnuită se va face treptat. Trecerea bruscă, poate duce la tulburări periculoase, care pot compromite tot succesul terapeutic.

Buchinger recomandă în primele două zile după post o alimentaţie redusă, ce se compune din puţine fructe crude, 2-3 felii de pâine uscată şi o porţie de supă de cartofi, fără sare.

Bolnavul va sta în repaus după masă, digestia cât şi activitatea musculară cerând un efort mai mare din partea organismului. Va trece apoi la un regim de crudităţi vegetale, după care bolnavul va urma alimentaţia obişnuită. Un fapt important este suprimarea sării din alimentaţie, un timp mai îndelungat, deoarece sarea poate favoriza apariţia edemelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*
* *

Pentru a putea aplica un tratament dietetic, cât mai puţin nociv posibil unei afecţiuni renale cronice, este necesar o privire de ansamblu asupra tulburărilor renale şi diferitelor modificări ce survin în metabolism la aceşti bolnavi.

Rinichiul este un organ a cărui funcţie este menţinerea echilibrului intern. El este cel mai important organ în eliminarea apei şi clorurei de sodiu.

Nefritele cronice (în deosebi formele de glomerulo nefrită cronică difuză şi sclerozele renale), prin leziunele indelebile ce le prezintă la nivelul parenchimului renal, dau naştere la o serie de tulburări, care pot merge până la insuficienţa funcţiilor renale.

In general, cele mai importante tulburări, în afară de apariţia substanţelor patologie în urină ca: albumina, hematiile, cilindri, leucocitele cristali birefringenţi, etc. sunt următoarele:

a) tulburări în metabolismul apei şi a sării.
b) „ „ substanţelor azotate.
c) „ circulatorii.
d) „ ale echilibrului acido bazic.

1. **Tulburări în metabolismul apei.** Tulburările metabolismului apei

sunt legate de cele a sărei. Aceste tulburări se caracterizează prin retenţia apei în sânge şi ţesuturi, în deosebi în ţesutul interstiţial, dând naştere edemului.

Edemul nefretic este sărac în albumine şi bogat în clorur de sodiu. Dela lucrările lui Widal şi Javal, se ştie că ionul de sodiu favorizează producerea edemului; acest ion asociat ca clorul sau alţi anioni produce o inhibiţie a diurezei.

Există o strânsă relaţie între tulburarea metabolismului apei şi retenţia clorurului de sodiu, atunci când este o leziune renală.

In tulburarea metabolismului apei din nefrite sunt doi factori ce au un rol important:

a) factorul renal.

b) „ extrarenal.

Din cauza incapacităţii rinichiului lezat de a elimina apa, lichidele se reţin în organism, ducând la început la o diluţie a sângelui, la o stare de hidremie.

Un rol deosebit de important în reteţia apei şi a clorurului de sodiu îl are factorul extra renal.

Prin tulburarea schimburilor dintre sânge şi ţesuturi, tulburare ce are loc cu deosebire la nivelul capilarelor, apa este reţinută în ţesuturi. In aceste cazuri, survine la nivelul capilarelor o scădere a vitezei curentului circulator şi o modificare a pereţilor capilari, în sensul unei permeabilităţi mărite ce determină trecerea apei şi a clorurului de sodiu din sânge în ţesuturi.

Concomitent cu aceste tulburări dela nivelul capilarelor, trecerea apei în ţesuturi este în funcţie, pe de o parte de scăderea presiunei coloid-osmotice (datorită micşorărei concentraţiei proteinelor plasmatice) şi pe de altă parte de rolul activ pe care îl au ţesuturile şi anume: creşterea presiunei de umflare a coloizilor tisulari (presiune oncotică), factor ce lucrează în senz contrar presiunei osmotice sanguine, favorizând trecerea şi reţinerea apei din sânge în ţesuturi.

Volhard şi colaboratorii săi cred că edemele din afecţiunile renale cronice însoţite de hipertensiune sunt, în mare parte, datorie fenomenelor de insuficienţă cardiacă, ca o consecinţă a hipertensiunei.

2. **Tulburarea metabolismului substanţelor azotate** caracterizează afecţiunele renale cronice, ce se însoţesc de insuficienţă renală.

Datorită insuficienţei excretorie a rinichiului, substanţele provenite din metabolismul intermediar al protidelor se reţin în sânge şi ţesuturi. Retenţia în sânge a acestor substanţe nu se face în acelaş timp şi în aceiaşi proporţie.

Unele cresc la începutul fenomenelor de insuficienţă renală, iar altele mai târziu. Acidul uric este prima dintre substanţele azotate care se găseşte crescută, apoi creşte ureea, iar mai târziu creatina-creatinina şi produsele de putrefacţie intestinală.

In scleroza renală cu fenomene de insuficienţă renală, creatinină şi produsele de putrefacţie intestinală ating valori ridicate chiar dela început.

După Becker, produsele de putrefacţie intestinală sunt reprezentate prin amine aromatice; oxiacizi aromatici, fenol, crezol, indol, scatol, hidrogen sulfurat, metil mercapton şi amoniac.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

Din descompunerea hidraţilor de cărbune pot lua naştere acizi graşi, acidul lactic, acidul carbonic, alcool şi metan.

Toate aceste produse sunt toxice şi atunci când rinichiul nu le mai poate elimina, vor fi reţinute în sânge şi ţesuturi, iar mai târziu în lichidul cefalo rachidian.

Cu ajutorul reacţiei xantoproteice, se poate pune în evidenţă prezenţa acestor substanţe toxice, provenite din metabolismul intermediar.

Creşterea azotului total are o deosebită importanţă în insuficienţa renală. In mod normal, azotul ureic reprezintă aproximativ jumătate din azotul total. Restul azotului este reprezentat de substanţele neureice, care formează azotul rezidual. In insuficienţa renală azotul ureic reprezintă 70-90% din azotul total, din acest motiv este utilizat ca indicator al reţenţiei azotate.

3. **Tulburări circulatorii** se manifestă din punct de vedere clinic prin hipertensiune arterială. Hipertensiunea arterială este un simptom frequent în afecţiunele renale cronice. Există o strânsă relaţie între tensiunea arterială şi secreţia urinară.

După Volhard, mecanismul hipertensiunei din afecţiunele renale cronice este datorit unei vasoconstricţii ce se localizează la nivelul arteriolelor precapilare din teritoriul splanhnic, musculo cutanat sau retinian. Contracţia spastică este provocată printr'un mecanism hematogen, de către anumite substanţe cu efect presor, ce se găsesc în sânge şi care probabil vin dela rinichiul bolnav.

Cercetările şcoalei lui Volhard au arătat prin examenele histologice ale arterelor renale şi glomerulare, că în acest proces de vasoconstricţie generală, vasele renale participă într'un mod activ.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din cauza vaso-constricţiei se produc multiple tulburări circulatorii la nivelul organelor interne şi în deosebi la nivelul retinei. Tulburările circulaţiei retiniene se manifestă printr'o contracţie spastică a arterelor retiniene sau prin fenomene de retinită angiospastică. Consecinţa directă a hipertensiunei se manifestă din partea inimei şi în special din partea ventricolului stâng, care reacţionează prin hipertrofie şi dilatare, iar mai târziu cu mici semne de insuficienţă ventriculară stângă.

4. **Tulburarea echilibrului acido bazic,** se manifestă printr'o stare de acidoză, datorită reţenţiei în sânge şi ţesuturi a acizilor organici, alifatici şi aromatici. Această stare de acidoză determină o scădere a rezervei alcaline din sânge. Acidoza renală are două componente:

a) o componentă plus acidă.
b) „ minus alcalină.

Componenta plus acidă este datorită creşterei şi reţenţiei în sânge şi ţesuturi a substanţelor acide. Componenta minus alcalină este datorită diminuărei substanţelor alcaline din sânge şi anume a substanţelor alcaline fixe. Din cauza incapacităţii rinichiului de a forma amoniacul necesar neutralizărei substanţelor acide, organismul este obligat să-şi elimine acizii sub formă de săruri de sodiu.

Luând în consideraţie toate tulburările semnalate mai sus, tra-

tamentul dietetic va trebui să urmărească înlăturarea cât mai repede posibil a acestor tulburări, pentru a se putea restabili funcţiile lezate.

In afecţiunele renale cronice, unde leziunele organice au luat locul tulburărilor funcţionale, nu ne putem aştepta la dispariţia completă a acestor tulburări şi restabilirea funcţiilor lezate; dar prin ameliorarea circulaţiei glomerulare, parte din aceste tulburări dispar, întârziind evoluţia maladiei.

Regimul dietetic aplicat în nefritele cronice, va trebui să fie un regim de cruţare a parenchimului renal lezat, respectând anumite condiţii:

— să fie sărac în lichide
— să fie lipsit de sare
— să fie sărac în albumine
— să conţie glucoză şi substanţe alcaline.

Aplicarea metodei postului prelungit cu zeamă de fructe şi legume crude reprezintă în mare măsură condiţiile cerute de regimul de mai sus.

Metoda postului prelungit a fost aplicată în Clinica Medicală pe un număr de 30 bolnavi, ce sufereau de afecţiuni renale. Majoritatea cazurilor supuse acestui tratament au fost de glomerulonefrită cronică difuză. (24), forma clinică cea mai frequentă; glomerulo nefrită difuză acută (2) şi glomerulo nefrită difuză subcronică (4).

Toţi bolnavii au fost supuşi tratamentului cu post, utilizându-se zeama de compot.

Deşi am fi dorit să aplicăm postul cu zeamă de fructe şi legume, acest fapt n'a fost posibil, din motive independente de voinţa noastră. In actualele împrejurări, scumpetea fructelor ne pune în imposibilitate de a utiliza aceastăă metodă dietetică, pe o scară întinsă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toţi bolnavii trataţi de noi au fost triaţi, în sensul că metoda a fost aplicată numai acelora care au acceptat-o de bună voie.

In prima zi, fiecare bolnav a fost supus postului total, după care urma cura de post timp de 8-13 zile, primind zilnic o cantitate totală de compot de mere, ce varia între 600-700 gr. Cei ce prezentau edeme accentuate primeau numai 500 gr. de zeamă de compot. Compotul era împărţit în trei porţii, fiind luat la ora 10, la ameaţă şi seara.

S'a urmărit cu o deosebită grijă ca bolnavii să aibă scaunul regulat în fiecare zi. Celor constipaţi li s'a administrat zilnic câte 20 gr. de sulfat de sodiu.

In tot timpul duratei postului, bolnavii au stat în pat. Trecerea dela post la alimentaţia obişnuită s'a făcut gradat, cu un regim de cruditâţi lipsit de sare. Cu toate că a fost suprimată orice alimentaţie, majoritatea bolnavilor au respectat postul cu cea mai mare stricteţe. Numai puţini bolnavi, fie din neîncredere, fie din cauza senzaţiei de foame ce era imperioasă, n'au putut respecta postul impus.

Nu am observat niciun accident în tot timpul duratei postului, la niciun bolnav. Majoritatea bolnavilor, începând din ziua treia — a patra de post, acuză o senzaţie imperioasă de foame, fapt

care determină pe unii să renunţe la post. Mai târziu această senzaţie scade în intensitate menţinându-se la sfârşitul curei. In ultimele zile de post, câţiva bolnavi au acuzat fenomene de slăbire generală astenie, şi uşoare ameţeli atunci când se ridicau din pat. Intr'un singur caz de glomerulo nefrită cronică difuză, după 12 zile de post a apărut o cefalee rebelă însoţită de vărsături, care a cedat la tratamentul calmant.

In tot timpul postului bolnavilor li s'a controlat zilnic greutatea diureza, pulsul, tensiunea arterială şi sedimentul urinar. La două trei zile s'a urmărit paralel modificările din sânge şi urină a clorurului de sodiu şi a substanţelor azotate (uree, acid uric, creatinina).

In sânge s'a cercetat modificările rezervei alcaline şi a reacţiei xantoproteice. Cercetarea în urină a corpilor cetonici a dus în toate cazurile la rezultate negative. (Ya urma).

Spit. Central de boli mintale şi nervoase
Serv. de Neurologie — Medic primar: D-r D. Faulian

DISARMONIILE GLANDULARE [1])
CONTRIBUŢIUNI LA SINDROMUL DE DISARMONIE HYPOFISO-OVARIANA DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT

de

Agregat D. PAULIAN

Biblioteca Centrală Universitară "Ion Ionescu de la Brad" Cluj

In urma publicaţiilor lui Séguy, Gilbert Dreyfuss, Ferrier şi Carbonnier, asupra syndromului hiper-foliculinic, clinicienii au constatat destul de frecvent existenţa lui.

E discutat dacă este primitiv sau secundar şi dacă are dreptul de a fi o entitate morbidă de sine stătătoare.

Ferrier, care l-a studiat cu deosebire, susţine că este mai adesea secundar decât primitiv, căci găsim întotdeauna alături de simptomatologia la care el dă naştere, semnele altor participaţiuni endocrine.

Argumentele cari pledează contra existenţei lui în stare pură, ar fi următoarele:

1) Se ştie, pe cale experimentală, că foliculina în exces inhibează acţiunea ante-hypofizei, diminuând astfel funcţiunea gonadotropă a ei; ovarul, fără impulsiunea hypofizei nu-şi mai poate matura foliculii, realizând astfel o stare de hipo-foliculism.

2. Insuficienţa luteinică ca consecinţă a hiper-foliculinismului este o cauză de sterilitate; ori, o mare parte din femeile hiper-foliculinice rămân gravide.

Cauzele acestui syndrom nu sunt bine cunoscute. Varangot exclude hiper-foliculinismul medicamentos şi admite trei categorii de cauze:

1. Leziuni distrofice ale ovarului, principala fiind perzistenţa în ovar a chistelor foliculare.

---

*) Conferinţă la Academia de Ştiinţe, secţiunea de „Biologie Aplicată" — ţinută în sala Negreanu — Duminecă 25 Noemvrie 1945, orele 11 a. m.

2. Tumori ale granulozei, care determină pubertatea precoce la fetiţe şi hiper-foliculinism la adulte şi care, în practică îşi găsesc confirmarea în constatarea hystologică a unei hiper-plasii a mucoasei uterine.

3. Tumori ale tecei interne, mai rare şi mai puţin cunoscute.

Ferrier şi Carbonnier, adaugă la cauzele de mai sus infecţiunile salpingo-ovariene, jucând rol de spină iritativă, unele metrite, tumorile ovariene de orice natură determinând o reacţie hiper-hormonală care în genere trece neobservată, turburările fiind considerate ca o consecinţă normală a alteraţiei organice, chistele foliculare, la care se pune întrebarea dacă sunt cauza sau efectul hiper-foliculinismului; unele operaţii chirurgicale asupra aparatului genital, sarcinele des repetate, avorturile provocate şi în special raclajele, aplicaţiile radioterapice incomplecte.

Având în vedere însă, că o mare majoritate a femeilor prezentând acest syndrom, nu prezintă leziuni ale organelor genitale, constatate clinicește, trebue să admitem posibilitatea existenţei syndromului hiper-foliculinic, ca consecinţă a unei turburări pur funcţionale a glandelor.

In prima fază a menopauzei de exemplu, în care găsim în mod constant hiper-foliculinism, s'ar putea ca secreţiunea continuă de foliculină de către foliculi, cari nu devin chistici şi nu evoluează în corp galben, să fie explicaţia hiper-foliculinismului şi a hiperplaziei endometrului.

La femeile tinere cari au corp galben, s'ar putea explica printr'o reţenţie foliculinică în organism, care însă nu se poate proba, căci nu ştim nimic de felul în care se elimină aceste molecule mari de hormoni prin rinichi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Există, probabil, şi surse extraovariene de producţiune ale foliculinei, care explică existenţa de corpi oestrogeni în urina femeilor castrate sau de mulţi ani în menopauză. La femeile tinere rămâne deci, hipoteza reţenţiei foliculinei în organism, sau existenţa unei receptivităţi speciale descrise de Moriquard sub numele de „METROZE DE RECEPTIVITATE", mucoasa uterină putând fi nereceptivă sau, ca în acest syndrom, hiper-receptivă.

După Varangot, singurul criteriu cert al existenţei acestui syndrom, ar fi hiperplasia endometrului. Totuşi, chiar Varangot, semnalează cazuri de hiper-foliculinism fără hiper-plazia endometrului şi admite în acele cazuri posibilitatea existenţei „valorilor" de hiper-foliculilism, incapabile de a provoca transformarea caracteristică a mucoasei.

Syndromul se instalează în genere în mod progresiv, însoţind diminuarea sau rărirea fluxului menstrual.

Sângele menstrual fiind o cale de eliminare importantă a foliculinei, diminuarea eliminărei acestui hormon face să ne gândim la reţenţia lui în organism.

Clinicește, accidentele apar atunci când rărirea sau diminuarea fluxului se accentuează. Până la apariţia reţenţiei, pacienta suferă, este totuşi într'o fază de eendocrinopatie latentă compensată prin analogie cu turburările cardio-vasculare.

Prin retenţie, un echilibru hormonal precar se rupe, organismul se decompensează şi apar accidentele. In apariţia acestor accidente nu trebue învinuite numai ovarul, ci trebue să considerăm partea importantă ce revine hypofizei, deasemeni influenţele tyroidei, suprarenalei, mamelei, fie direct, fie prin intermediul hypofizei.

Foarte des, hyper-foliculinicele sunt iniţial hiper-pituitare, endocrinopate ereditare, în ascendenţa cărora găsim guşi, fibroame obezitate, anomalii de creştere, turburări menstruale, etc. etc.

Din punct de vedere clinic. hiper-foliculinicile, consultă medicul pentru turburări foarte diverse, unele din ele întâlnite aproape în toate cazurile, altele mai rar. Nu întotdeauna se plâng de turburări menstruale, ci preocuparea lor este atrasă de alte turburări, însă printr'un interogatoriu insistent, le vom descoperi la majoritatea acestor paciente, cari se socotesc normale din acest punct de vedere.

Ele consultă medicul mai ales pentru turburări nervoase variate, consistând în nervozitate excesivă, alterarea caracterului, însoţite mai ales de depresiune, nevoia de a plânge pentru supărări mici, stări anxioase, palpitaţii, sufocaţii, senzaţii de nod în gât, frisoane, pierderea memoriei, insomnie, apatie, cefalalgie, obezitate generală, sau localizată. Mai rar consultă pentru migrene, astm, urticarie, febră periodică şi sterilitate.

Turburările se manifestă la unele paciente, sub formă de crize, ce se pot repeta zilnic sau de câteva ori pe zi, la alte turburări sunt continue.

La unele, crizele sunt atât de puternice, încât merg până la senzaţia de moarte iminentă, făcând din ele adevărate infirme, ele ne mai având curajul să iasă singure pe stradă. In toate cazurile trebuesc cercetate cu atenţie turburările menstruale. Acestea sunt cele mai diverse şi contradictorii şi anume: hipermenorrhoee, polimenorrhoee, oligomenorrhee, amenorrhee. Mai puţine bolnave consultă pentru menoragii, cele mai multe acuză diminuarea de abundenţă şi durată a fluxului menstrual, mergând până la una sau câteva picături, uneori cu faze de amenorrhee.

Prezenţa chiagurilor este aproape de regulă.

La aceste paciente, prin interogatoriu, constatăm că menstruele erau la început abundente, chiar menoragii, apoi au început a diminua progresiv, apărând concomitent turburările subiective diverse, pentru care consultă medicul. In toate cazurile mai facem un examen genital al bolnavei, pentru a exclude turburările ce ţin de leziuni organice, deasemeni un examen general, hematologic, etc. etc.

Când acestea sunt negative, conchidem că turburările sunt, probabil, determinate de o disfuncţiune endocrină.

Menstruaţia fiind o manifestare ciclică a activităţii hypofizo-ovariene, nu putem determina cu certitudine, prin analiza turburărilor menstruale, ce revine ovarului şi ce revine hipofizei din aceste turburări. De aceea, în interogatoriul nostru, accentuăm asupra manifestării activităţii hipofizare, anterioare apariţiei pubertăţei, în timpul pubertăţei şi în starea adultă.

Mijlocul clinic de a măsura activitatea hipofizară înaintea pu-

bertăţei, este creşterea. Cercetăm deci creşterea pacientei, deşi aceasta poate fi influenţată şi de alţi factori: endocrini, (tyroidă, epifiză, timus), alimentar, carente vitaminice, familial sau rasial.

In timpul pubertăţei, avem mijlocul de a măsura activitatea ovariană prin apariţia a două elemente, şi anume: menstruaţia şi caracterele sexuale secundare la cari se adaugă un al treilea, sincronismul celor două.

Menstruaţia, fiind o manifestaţie a activităţii hipofizo-ovariene, nu dă măsura clinică a activităţii uneia sau celeilalte din aceste două glande. Din contră, caracterele sexuale secundare, scăpând complect de sub influenţa hypofizei, dau măsura activităţii ovariene.

Lipsa de sincronism a acestor două elemente, dă mijlocul de a determina prin excludere, în prezenţa unor turburări menstruale, ce revine hypofizei şi ce revine ovarului. Menstruaţia poate apărea cu mulţi ani mai de vreme, sau mai târziu decât caracterele sexuale secundare, în acest din urmă caz poate fi vorba de o perioadă de amenorrhee hyper-hormonală descrisă de Zondek, fie de o disociaţie a receptivităţii la acţiunea foliculinei, glandele mamare fiind receptive sau hiper-receptive, iar mucoasa uterină, hipo-receptivă.

Turburările de sincronism ovarian mai mici de un an, nu se iau în consideraţie.

După pubertate. apar semnele clinice de regularizare a activităţii hipofizare de creştere, prin activitatea ovariană, semne pe cari profesorul Maranon le-a rezumat în aforismul: „Antagonismul între creştere şi sexualitate este evident".

Asistăm deci la o luptă între două forţe contrarii, una de creştere şi alta care se opune acestei creşteri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din momentul în care conflictul hipofizo-ovarian a izbucnit, când a apărut adică această disarmonie hipofizo-ovariană, noţiunea valorii absolute a forţelor în prezenţă pierde din interes, pe când valoarea lor relativă atinge o importanţă deosebită.

Şocul provocat asupra activităţii de creştere a hipofizei, prin desvoltarea activităţii ovariene, se poate prezenta sub trei forme:

1. In unele cazuri activitatea ovariană poate bloca complet activitatea hormonului de creştere hipofizar şi creşterea încetează sau scade mult.

2. Creşterea continuă fără ca activitatea ovariană să exercite vre-o influenţă inhibitoare asupra hormonului somatotrop.

3. Activitatea ovariană pare să fi dat o lovitură de bici activităţii hipofizare de creştere.

In primul caz, pacienta trăeşte sub semnul inhibiţiei hipofizare, afară de perioadele din cursul ciclului, în cari se produce o eliminare de foliculină suficientă pentru a face să înceteze această inhibiţie.

In al doilea caz, pacienta trăeşte sub semnul predominenţei hipofizare. La femeia în echilibru endrocrin, aceste două forţe, activitatea hipofizară şi ovariană se echilibrează. Din ruperea echilibrului dintre ele, rezultă o predominanţă a uneia sau a celeilalte şi atunci stările de disarmonie hipofizo-ovariană se prezintă sub două forme principale:

a) una care traduce o predominanță a hipofizei asupra ovarului și b) alta care traduce o predominanță a ovarului asupra hipofizei.

In prima, influența ovariană va echilibra hipofiza, numai în momentele de activitate maximă a ovarului, acțiunea hipofizei predominând în perioadele din ciclu, în care cantitatea de foliculină din organism scade.

In al doilea caz, influența ovariană va înhiba hipofiza în afară de momentele de eliminare a foliculinei, cazul cel mai frequent.

Dacă la pubertate bolnavele ne consultă în deosebi pentru dismenorrhee și menoragii, la adultă asistăm la desvoltarea accidentelor de disarmonie hipofizo-ovariană cu hiper-foliculinism.

Accidentele sunt consecința fenomenului de decompensare provocat de diminuarea fluxului menstrual, care antrenează o diminuare de eliminare a foliculinei.

Poate că tot această retenție de foliculină în organism ar putea explica, până la un punct, dece majoritatea analizelor hormonale ale pacientelor ce ne consultă, indică hipofoliculinemie la aceste paciente hiperfoliculinice.

In această fază găsim semne de hiper-activitate ovariană și semne de inhibiție hipofizară.

Semnul de hiperactivitate ovariană îl constitue diversele congestii.

Cea mai importantă este congestia mamară, și se manifestă prin:

1. Mărirea de volum a mamelelor care poate merge până la 1/3 sau la 1/2 și mai mult; poate fi uni sau bilaterală, la mamelele mari poate trece neobservată.

2. Sensații subiective de greutate și tensiune dureroasă, penibilă, care e mai accentuată la persoanele cu mamelele mai mici, cu o tonicitate mare a tegumentelor ce nu se lasă ușor destinse.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se observă la unele paciente, nuclei îndurați intra-mamari de mamită plastică și dese ori aceste paciente consultă medicul pentru acești moduli dureroși, temându-se de cancer.

Uneori, durerile sunt insuportabile, nu lasă bolnava să doarmă, nu poate ridica brațele spre a lucra, nu se poate întoarce în pat pe o parte sau pe alta, prezentând și o sensibilitate cutanată intensă, bolnavele declarând că nu pot suporta nici cămașa.

Durerile se iradiază în genere dealungul marginei inferioare a marelui pectoral, urcând spre axilă. Unele bolnave prezintă înțepături, uneori intolerabile, la nivelul mamelonului.

Debutul apariției congestiei mamare poate fi cu două-trei zile înaintea menstruației, până la o săptămână sau două înainte, fenomenele crescând în intensitate progresiv până la apariția fluxului menstral, când fenomenele obiective și subiective dispar, căci prin sângerare se elimină o cantitate de foliculină.

Perzistența fenomenelor de congestie în timpul menstruației se produce când sângerarea e mică și mai ales săracă în foliculină.

Congestia mamară perzistă uneori în timpul vieței genitale, unele hiperfoliculinice o au neregulat, odată la două trei luni, poate dispărea în timpul șederei la munte, poate crește în intensitate în curele solare prelungite, cu emoțiile, cu frigul.

Intensitatea hiperfoliculinismului nu e în raport cu gradul de congestie mamară.

Congestia uterină există, însă este mai puţin cunoscută, fiind mai greu de constatat. In genere, uterul creşte de volum în premenstru, uneori chiar mult, însoţindu-se de o senzaţie de greutate, care rareori ajunge la durere. E probabil că creşte şi a 15-a zi a ciclului, când prezintă uneori o secreţie sero-sanghinolentă, care împreună cu senzaţiile subiecteve dela acea epocă, au fost denumite de Gilbert Dreyfus, „Syndromul zilei a 15-a".

Adesea în perioada aceasta există o secreţie gleroasă, translucidă, studiată de Séguy.

Tot Séguy a atras atenţia asupra congestiei ovariene periodice. Şi trompele participă la congestia aparatului ovarian.

Dintre congestiile la distanţă, mărirea de volum a glandei tiroide, consistenţa specială a ei, dispariţia congestiei tyroidiene în momentul în care fluxul menstrual atinge debitul maxim, demonstrează că tyroida participă şi ea.

Probabil, congestiei căilor aeriene superioare se datoresc: răguşala. valoarea vocii, pe care le prezintă unele hiperfoliculinice în premenstru.

Unele bolnave fac guturai în mod aproape regulat, în premenstru, altele au impresia că fac o gripă mai ales că au şi cefalee premenstruală, altele fac coriză spasmodică, datorită congestiei mucoasei pituitare; rareori se observă crize cistalgice cu disurie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate aceste congestii sunt mai rare şi de mai puţină importanţă decât congestia mamară şi dispar şi ele odată cu apariţia fluxului menstrual.

SEMNELE DE INSUFICIENŢĂ HIPOFIZARĂ

Deoarece la adulte activitatea de creştere e terminată, vom cerceta variaţiile activităţii tireotrope a hipofizei, considerând că regulaţia inter-endocrină se petrece prin intermediul hipofizei.

Am spus că în hiperfoliculinism hipofiza e inhibată în cursul ciclului menstrual în afară de cele două epoci, în care eliminarea unei cantităţi mai mari de foliculină îi permite să se degajeze spre a-şi recupera activitatea normală.

Se observă în unele cazuri semne de hipo-tyroidism şi anume: îngrăşare, facies-lunar, uscăciunea pielei, turburări circulatorii, sub formă de eritroză supra-maleolară, sau mai frequent a unei acrocianoze, oboseală permanentă, apatie, frilozitate, în special la picioare, constipaţie. tensiunea arterială scăzută, fenomene ce însoţesc diminuarea fluxului menstrual.

Metabolismul bazal, în afară de menstruaţie şi ziua a 15-a, poate fi coborât până la minus 20 şi mai mult, însă contrastând cu aceste semne, pulsul nu e încetinit, nu găsim infiltraţie mixoedematoasă, pilozitatea e normală sau exagerată, pe antebraţe, gambe, coapse,

caracterele sexuale secundare bine desvoltate; în acelaş timp există şi congestie mamară premenstruală.

Există deci semne de hipotyroidism şi semne paradoxale în hipotyroidism,

Metabolismul bazal repetat, arată că starea tyroidiană a acestor femei nu e fixă, ci urmează oscilaţiile unui ciclu, în cursul căruia hipofiza nu-şi poate manifesta activitatea, decât atunci când eliminarea foliculinei în cantitate suficient de mare, o eliberează.

Unele hyperfoliculinice prezintă o stare de hypertyroidism: privirea fixă, puls accelerat, nervozitate intensă, uşoare tremurături ale degetelor. Lipsesc alte semne: slăbirea, diareea, tremurătura nu e fină, strânsă ca în maladia lui Basedov, ci amplă, sacadată, neregulată. Metabolismul bazal este mărit, afară de zilele a 15-a şi în timpul menstruaţiei, când e normal.

Aceste paciente nu se simt bine decât în timpul menstruaţiei şi a zilei a 15-a. (Inţelegem prin această dată schematică, perioada de acmee foliculinică, care se poate deplasa în ciclu spre ziua a 13-a sau a 17-a).

In ignoranţa perioadei de acmee foliculinică, care variază dela om la om şi chiar la aceiaşi femeie în cursul vieţei, trebue făcut metabolismul bazal de trei ori pe săptămână în cursul unui ciclu, pentru a putea stabili media.

Intre aceste două tipuri extreme, sunt tipuri intermediare, cu semne de hipo şi hipertyroidism. Metabolismul bazal practicat în serie dă o idee de predominanţa uneia sau celeilalte, ele putând avea oscilaţii între + 26 şi — 22 trecând prin normal. Acesta reprezintă aspectul luptei între hipofiză şi ovar, în cursul căreia predomină când hipofiza, când ovarul.

E o instabilitate la limita normalului ritmată de oscilaţiile ciclului menstrual. Ele pot preta la confuzia cu disfuncţiunile tyroidiene propriu zise. Se ameliorează însă în genere cu tratamentele glandelor ce le-am produs fără a face un tratament al tyroidei.

Prezenţa turburărilor metabolismului calciului, cum şi a semnului lui Chwosteck şi a cariilor dentare, ar indica şi turburări în secreţia hormonului paratireotrop în hiperfoliculinism.

Participarea hipofizei posterioare se traduce clinicеşte printr'o insuficienţă a hormonului ocitocic, sub a cărui dependenţă se află tonicitatea ligamentară şi contractilitatea pereţilor unor organe ca, uterul, stomacul, intestinul, vezicula biliară.

Se ştie, în urma lucrărilor lui Ferrier, asupra variaţiunilor boltei plantare în cursul ciclului menstrual, că aceasta suferă modificări, cari se pot pune în evidenţă prin luarea amprentelor plantare, zilnic.

(Va urma).

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Spitalul C. F. R. Nr. 1 Bucureşti
Serviciul chirurgical

HERNIILE TUBO-OVARIENE

de

D-r G. BAJEU
Medic Primar

Herniile inguinale — cu trompa şi ovarele drept conţinut — sunt afecţiuni relativ rare. Personal, timp de 8 ani de zile de activitate chirurgicală la un spital de provincie — n'am observat decât de 2 ori. Deşi chestiunea era cunoscută încă din antichitate — dovadă **Patel**, care citează pe **Soranus din Efes** cu observaţia unui caz de **„testes muliebres"** încă din anul 97 al erei noastre, verificat de **visu**, la o femeie cu hernie intestinală... Numai spre 1887 **Puech** a făcut un studiu mai serios cu statistică şi rezultate. **Thomas** (Paris) într'o altă monografie apărută în 1887 se întreba dacă e vorba de un testicul sau un ovar. Dar un studiu complet apare numai în 1912 şi aparţine lui **Heineck** publicat în **Surgery, Gynecology and Obstetrics.** Ceeace ni se pare a fi experienţă bună pentru epoca în care a trăit **Pott** — 1777 —, dar aproape asemenea unei experienţe de cobai actuală — este observaţia relatată de el în care era vorba de o femeie tânără de 23 ani internată în spitalul Saint-Barthélemy pentru tumefacţii bilaterale în regiunile inguinale, la care s'a descoperit operator o formaţie mică asemenea unui ovar. Extirpată bilateral a avut drept consecinţă puţin cam tragică — menopauza postoperatorie. In ceeace priveşte frecvenţa, mai mult întâlnim herniile tubo-ovariene decât orice parte separată a organelor genitale interne. Şi lucrul în sine nu trebue să surprindă fiindcă patogenic au mai multe posibilităţi. Dealtfel, şi în general nimic nu trebue să ne surprindă în privinţa conţinutului unui sac herniar. Abdomenul e cutia cu surprize şi dintre organele intraabdominale numai pancreasul nu poate fi şi nu s'a găsit herniat!..

* * *

In privinţa anatomiei patologice s'au întâlnit toate varietăţile: în primul rând inguinale în proporţie de 95%, apoi crurale, mai rar isciatice sau obturatrice.

Conţinutul e format întotdeauna din ovar în întregime, iar din trompă porţiunea tubară, mai rar intermediară sau în totalitate. Uneori înainte este trompa şi înapoi ovarul, alteori invers. In cazurile mele în prima observaţie era ovarul şi înapoia lui trompa. In a doua observaţie era trompa înainte şi ovarul înapoi ca situaţiune topografică. Contrar de ceeace întâlnim când sunt hernii izolate de trompă sau ovar — în herniile tubo-ovariene găsim de regulă anse de intestin subţire, epiploon sau intestin gros. Este ceeace am relevat în observaţiile mele. Extrem de rar herniile tubo-ovariene pot coexista cu hernii ale uterului — deci hernii ale întregului aparat genital intern.

In privinţa sacului nu se semnalează nimic deosebit faţă de herniile simple în general. Bridele cicatriciale sunt în raport cu diversele faze de obliterare ale canalului Nück. A fost descrisă forma cu supuraţii ce ţin de supuraţiile anexiale.

Trompa este normală în cele mai multe cazuri — rareori o găsim atrofiată şi excepţional bolnavă.

Ovarul este frecvent sănătos. In herniile vechi poate fi inflamat, atrofiat, dar cu funcţiunile păstrate: fluxul menstrual şi sarcina se produc regulat. După cum spunea **Puech** găsim uneori degenerescenţe microcistice, sau macrocistice dând ceeace numim kist (dermoid sau coloid), alteori kist hidatic sau adenom kistic.

La fel ca în ectopia testiculară — ovarul herniat poate suferi degenerescenţa neoplazică şi extrem de rar degenerescenţa tuberculoasă.

* * *

In privinţa patogeniei — mecanismului de producere — se întâlnesc dealtfel, ca în toate herniile, inguinale, două varietăţi: **hernii congenitale** şi **hernii câştigate.**

Mai frecvente sunt herniile congenitale — ceeace rezultă nu numai din momentul apariţiei — ci şi din coexistenţa frecventă a malformaţiilor aparatului genital. Persistenţa canalului Nück este o condiţie primordială, iar coborîrea anexelor în el este analogă coborîrii testiculare. Se mai adaogă o alungire congenitală a ligamentului larg şi a ligamentului lombo-ovarian, graţie cărora anexele devin asemenea unor tumori pediculate, fapt observat în ambele mele cazuri.

In herniile câştigate avem aceleaşi condiţii de realizare la care se adaogă efortul sau sarcina. Alteori e vorba de hernii prin alunecarea datorită unui voluminos entero-epiplocel, descrise bine de **Cruveilhier** şi le constatăm cu precizie atunci când trompa şi ovarul sunt aderente de partea posterioară a sacului herniar, după cum reiese din observaţia a doua din cazurile mele. Ca simptomatologie nu diferă mult de simptomele unei hernii simple. Are unele semne particulare. La pubertate se congestionează în timpul epocilor menstruale şi devin sensibile. Ovarul sau trompa mai mult se bănuesc decât se precizează. Este vorba de ceva tare, cu sensibilitate uneori aproape analogă cu sensibilitatea testiculară la presiune. Ca semne patognomonice s'au descris: înclinarea uterului de partea herniei şi transmiterea mişcărilor invers ca cele imprimate colului uterin.

Elementele de diagnostic sunt: kistul canalului Nück, enterocelul, epiplocelul, care pot coexista. Mai greu e de rezolvat problema de diagnostic în herniile bilaterale cu absenţa aparatului genital. Uneori s'au găsit formaţii testiculare tipice. Un element de ţinut minte este că **„desvoltarea exagerată a ţesutului clitoris, absenţa vaginului şi uterului sunt în favoarea hipospadiasului, iar periodicitatea menstruală pledează pentru ectopia ovariană"** (Patel).

In privinţa complicaţiilor acestor hernii având în vedere că sunt fie singure, fie întovărăşite de intestin sau epiplon — este dela sine înţeles că atunci când sunt singure se pot complica în felul lor, adică torsiunea şi strangularea tubei sau ovarului, fie că poate surveni

Biblioteca Universitară "Carol I" / Central University Library Cluj

o infecţie în sac. Atunci când sunt asociate cu intestin sau epiploon, acestea se pot strangula sau încarcera, sau să dea flegmonul intraherniar. Prin urmare distingem spre deosebire de alte hernii, două feluri de complicaţii: complicaţii la propriu şi complicaţii de asociere. In plus deşi ovarele în herniile bilaterale vechi sunt expuse la inflamaţii sau fenomene atrofice — totuşi s'au observat sarcini duse până la sfârşit.

* * *

In privinţa indicaţiilor operatorii şi tratamentului, problema e mai uşor de deslegat decât problema diagnosticului. Dela început, ca în orice hernie, problema sau mai bine zis interesul terapeutic este de esenţă vitală atunci când există o complicaţie gravă, cum este strangularea. Indicaţia operatorie este de urgenţă imediată. Altfel stau lucrurile când e vorba de o astfel de hernie simplă — necomplicată. Aci ni se pare că aforismul lui Trélat — schematizarea lui — se impune din două motive. In primul rând vom opera, cum zice el, **„orice hernie care nu e complet, constant şi uşor menţinută de un bandaj"**. Este o indicaţie de ordin general, care se aplică şi în cazul special de hernii tubo-ovariene. In plus, aici e cazul să fie operate şi în afară de aceste consideraţii precizate de Trelat — pentru motivul că organele conţinute sufăr uneori complicaţii analoge şi chiar mai intense decât complicaţiile unei ectopii testiculare. Vârsta e importantă şi trebue să fim de acord cu opinia lui **Broca.** El opune fără rezerve rezultatele constante şi inocuitatea curei zise radicale în orice hernie spre deosebire de tratamentul paleativ. Fac excepţie numai sugarii, care sunt expuşi la complicaţii broncho-pulmonare iarna şi diaree vara. El a stabilit definitiv limita vârstei de operaţie la 3-4 ani şi având în vedere cele spuse mai sus chiar la 15-18 ani dela naştere.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este dela sine înţeles că la cei în vârstă vom ţine cont de cardiaci, de cei cu leziuni pulmonare, de caşectici, albuminurici, diabetici sau obezi, deşi în regulă generală vom ţine seama numai de cazul în speţă, — adică de examenul local şi de starea generală.

Şi fiindcă am vorbit de **„cură radicală"** e bine să eliminăm pentru consideraţii multiple acest termen din condicele de operaţii şi să zicem corect **„cură operatorie"**, deşi la femei lucrurile se simplifică mai mult decât la bărbaţi.

Intervenţia odată decisă trebue să rezolve două probleme: Problema sacului herniar şi problema conţinutului. Prima este uşor de rezolvat şi nu diferă cu nimic de regula generală. A doua problemă — adică a conţinutului (trompă şi ovar) constă în reintegrarea atât cât e posibil a ambelor organe în cavitatea abdominală. Le vom extirpa numai atunci când constatăm o complicaţie: degenerescenţe, sau supuraţie.

Tratamentul herniilor prin alunecare tubo-ovariene nu diferă de tratamentul herniilor prin alunecare ale intestinului gros decât într'o mică măsură. Trebue să căutăm planul de clivaj util unei eliberări (Leriche, Lardennois, Okinczic, etc). Ce facem cu alungirea ligamentului lombo-ovarian şi chiar a trompei?

Dacă trompa este alungită arsenalul terapeutic chirurgical ne oferă posibilităţi multiple. Fie că extirpăm trompa şi fixăm ovarul la perete printr'o hernio-laparatomie, fie că facem o rezecţie parţială de trompă din porţiunea intermediară completată cu o salpingo-rafie cap la cap, cu fixarea ovarului. Avem de ales cum se prezintă cazul intra-operator. Refacerea peretelui e simplă: rezecăm ligamentul rotund şi capătul abdominal îl fixăm la perete cu un fir. Două straturi separate de fire rezorbabile sau nerezorbabile completează operaţia.

Este evident că problemele de indicaţie operatorie, de anestezie şi de tehnică operatorie se pun pentru fiecare caz în parte şi socotim că nu e locul să le recapitulăm. — Experienţa fiecăruia, rezultatele şi manualele au grijă să completeze restul. Eu am redat aici numai esenţialul.

* * *

Personal am întâlnit numai două cazuri de hernii tubo-ovariene. Iată pe scurt foile de observaţii:

Observ. I. — Fetiţa M. V., de 11 ani, din comuna Preajba, jud. Gorj, este internată de părinţi pe ziua de 10 Iunie 1940, în Spitalul Tg.-Jiu, pentru o tumefacţie veche de 3 ani de zile, în regiunea inguinală stângă, cu uşoare dureri.

Antecedente heredo-colaterale şi personale — fără importanţă. Insă nu au apărut menstrele.

Istoric: Maladia a debutat acum 3 ani, cu ocazia unui efort. Fetiţa a simţit o mică durere şi seara s'a observat apariţia unei tumefacţii în regiunea inguinală stângă, care după un uşor masaj dispare, pentru ca a doua zi să reapară. Consultă medicii şi i se pune diagnosticul de hernie inguinală. Faptul că trebuia să dea examen la liceu, hotărăşte părinţii s'o ducă la spital pentru operaţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stare prezentă: Fetiţa e bine desvoltată pentru vârsta ei, încă nemenstruată. La examenul local se constată o tumefacţie de consistenţă moale în regiunea inguinală stângă, cu impulsiune la tuse, care se reduce în poziţie culcată aproape în întregime. Palpeul în poziţie culcată constată că după reducerea cu zgomot mai rămâne în canalul inguinal o formaţie mică, de mărimea unei prune verzi, dură, uşor sensibilă. Se pune diagnosticul de hernie inguinală şi kist al cordonului.

Operaţie: Anestezie generală cu eter. Incizie oblică în regiunea inguinală; descoperim sacul herniar, îl decolăm uşor până la jumătatea lui, îl deschidem şi constatăm în afară de intestin, care e băgat repede în abdomen, pe peretele posterior, prezenţa a două formaţii: trompa şi ovarul din stânga. Găsim planul de clivaj şi decolăm până la orificiul intern. Prelungim puţin incizia peretelui în sus. Dată fiind lungimea anormală a trompei, secţionăm sau mai bine zis rezecăm o porţiune de 5 cm. din partea intermediară şi apoi suturăm cap la cap. Fixăm ovarul de peretele abdominal şi închidem peretele după rezecţie parţială de ligament rotund, al cărui

cap îl fixăm la perete. După 6 zile scoatem agrafele şi a 8-a zi bolnava părăseşte spitalul complet vindecată.

Observ. II-a. — Este şi mai interesantă. Este vorba de femeia I. P., de ani 25, văduvă, din comuna Vădeni—Gorj, care intră în spital pe ziua de 6 Iunie 1945, pentru o tumefacţie cu dureri periodice în regiunea inguinală dreaptă.

Antecedente personale: Menstruată la 16 ani, de constituţie medie, bine desvoltată. Nu prezintă niciun fel de turburare menstruală. Căsătorită, apoi văduvă, n'a avut copii, nici sarcini.

Istoric: Maladia a debutat în cursul lunii August 1944; pe când ridica la o clae cu fân, a simţit dureri în regiunea inguino-abdominală, dureri ce iradiau în spate. In acest timp era în epoca menstruală. A păsrtat repaosul în pat, a pus priesnitz alcoolizat. Durerile n'au încetat decât după 8—10 zile, în care timp a observat apariţia unei tumefacţii în regiunea inguinală dreaptă, de mărimea unei nuci. N'a dat importanţă, şi cu ocazia Crăciunului, fiind la o petrecere unde a dansat, a observat seara la culcare că tumefacţia s'a mărit, ajungând la dimensiunile unui ou. In timpul menstruaţiilor tumefacţia era mai mare şi mai dureroasă, fenomene care dispăreau imediat după terminarea menstrelor. Pe ziua de 6 Iunie 1945, intră în spital spre a fi operată.

Stare prezentă: La examenul local constatăm o tumefacţie, care prezintă impulsiune la tuse şi care se reduce parţial în poziţie culcată. Un examen genital imprimă tumoretei mişcări inverse cu ale colului uterin, ceeace ne face să punem diagnosticul de hernie inguinală (Enterocel) cu probabila hernie a ovarului drept, având în vedere şi fenomenele subiective acuzate de bolnavă.

(C) Clio Central Library, Cluj-Napoca

Operaţie: Pe ziua de 8 Iunie 1945, cu rachianestezie, intervin şi descopăr un sac herniar cu intestinul subţire drept conţinut şi cu încă 3 formaţii: un kist seros al canalului Nück, ovarul şi trompa fixate prin alunecare de peretele posterior al sacului. După extirparea kistului, decolăm prin planul de clivaj până la orificiul intern. Prelungim incizia în sus ca să avem o hernio-laparatomie, fixez ovarul la peretele abdominal, şi după rezecţia ligamentului rotund cu fixarea la peretele posterior, închid complet abdomenul. Post-operator, a doua zi după operaţie, constatăm apariţia precoce (3 săpt.) a menstrelor, dar fără nicio durere în regiunea inguinală sau fosa iliacă dreaptă. La 8 zile se scot agrafele şi a 9-a zi bolnava părăseşte spitalul complet vindecată.

Revăzută după o lună de zile, nu mai acuză niciun fel de fenomen dureros.

Pe scurt, iată istoria a doua cazuri de hernii tubo-ovariene, prima congenitală, a doua pare-se câştigată. Primul caz e interesant prin terapeutica la care ne-a hotărît intra-operator. Al doilea caz e remarcabil prin turburările funcţionale ce au dispărut după operaţie.

Socotim că ambele cazuri intră în cadrul nosologic al herniilor tubo-ovariene prin alunecare, pe care terapeutica operatorie le-a rezolvat fericit.

TUBERCULOZA PULMONARĂ ŞI POTENŢIALUL BIO-ELECTRIC

de

D-r DOREL ENESCU

Medic şef al Sanatoriului „Bucegi" Predeal

Intr'una din ultimele sale lucrări, Crile, căutând să lămurească fenomenele vieţii, conclude că fenomenul „viaţă" este legat în primul rând de fenomenele fizice-electrice celulare. Aceste fenomene fizice sunt dependente de fenomenele chimice care sunt necesare pentru crearea condiţiunilor optime humorale şi care, la rândul lor, împreună cu primele, sunt guvernate de „centralele vieţii": tiroida, suprarenala, creerul şi ficatul, fără de care nu se poate trăi.

Energia şi activitatea unui animal depind de potenţia'ul electric care guvernează activitatea protoplasmică. Această încărcare electrică este formată din radiaţiile născute prin oxidarea combustibilelor azotate şi carbonice din protoplasma celulară.

Hormonul tiroidian şi complexul adrenalo-simpatic au rolul de „fulminante" în aceasta oxidaţie.

Lucrările lui Câmpeanu au dus la concluziuni similare şi de altfel cercetări anterioare ca cele ale lui Ries, creatorul sculării precoce după operaţie, Schleide, creatorul anesteziei locale şi Leriche, creatorul concepţiei boalei postoperatorii au adus câte o parte de contribuţie la crearea bioterapiei.

Cercetările făcute s'au îndreptat exclusiv asupra căderii potenţialului bio-electric celular în chirurgie, unde această cădere cauzează boala postoperatorie. Dar dacă analizăm mai atent concluziunile lui Crile şi Câmpeanu asupra maladiei postoperatorii, le putem găsi echivalenţe şi în medicina internă ca elemente cauzatoare ale eşecurilor, uneori nejustificate.

1) Ne întâlnim cu toţii în practica zilnică cu problema uneori acuta a: **moralului bolnavului de tuberculoză.**

In această maladie, existând tendinţa de a considera că este o boală incurabilă, în momentul când avem de a face cu o nouă fază evolutivă, se pune cel mai des această problemă a ridicării moralului bolnavului. După cum medicul, sau cineva apropiat sufleteşte bolnavului, reuşeşte să ducă la bun sfârşit această sarcină, se consideră că a fost cel ce a contribuit esenţial la vindecare.

Ce este, oare, acest moral?

Este doar starea psihică a bolnavului la un nivel scăzut?

Este, aşa cum spun Crile-Câmpeanu, o maladie a potenţialului bio-electric?

Ori, poate invers, potenţialul bio-electric este în dependenţa de nivelul stării psihice — voinţa?

In experienţele lui Crile s'a constatat că: la o amiba între nucleul pozitiv şi protoplasma negativă există diferenţa de potenţial.

Dacă se reduce această diferenţă prin introducerea a doi electrozi de platină, respectiv în nucleu şi protoplasmă şi se anihilează prin doza necesară de energie electrică, se poate obţine moartea,

dezagregarea amibei, când diferenţa se reduce aproape până la zero.

Apoi s'a constatat ca, dacă înainte de a scobori până la zero, revenim cu încărcarea electrică la nivelul iniţial, amiba nu mai moare, nu se mai dezagregă.

Deci factorul „potenţial electric" era acel ce întreţinea viaţa acestei fiinţe unicelulare.

In fiecare celulă din corpul nostru este la fel ca la amiba o pilă electrică, cu polul pozitiv alcătuit din nucleu şi cel negativ din protoplasmă.

Şi, oare, voinţa, moralul cel care ne salvează de atâtea ori bolnavii, nu sunt fenomene dependente de acest potenţial bio-electric?

2) S'a pus în repetate rânduri **problema reeducării tuberculoşilor stabilizaţi, ori vindecaţi.**

Ce este oare această reeducare?

Este acomodarea la un travaliu redus şi care nu ar redeştepta procesele pulmonare, pe de o parte iar pe de altă parte, este stimularea la muncă, chiar uşoară, a bolnavilor cari după ani de cură sanatorială nu mai au în ei scânteia aceea-declanşatorul electric, am putea spune — necesară pornirii la lucru.

La aceştia se pune problema „moralului", sau „potenţialului bio-electric", după cum pare să se întrevadă din noile cercetări.

La aceştia revenirea la un nivel mai ridicat al potenţialului electric, însemnează recâştigarea pentru societate, a unor braţe noui de muncă şi dispariţia unui consumator neproductiv.

Câmpeanu în lucrarea sa: „Reforma tratamentului chirurgical" spune ca acea maladie postoperatorie care răpea înainte de introducerea bioterapiei atâţi bolnavi, este o maladie datorită exclusiv căderii potenţialului bio-electric.

Digitized by University Library Cluj

Astăzi prin „metoda Câmpeanu" procentul de eşecuri a scăzut simţitor.

Cauzele determinante ale maladiei postoperatorii apar:

1) Şocul psihic.
2) Intoxicaţia exogenă (anestezia).
3) Şocul traumatic (operator).
4) Intoxicaţia endogenă (toxinele din plagă).
5) Dificultăţile de ordin funcţional ale circulaţiei periferice.

Crile în lucrarea sa „The phenomena of the life" ajunsese la concluziuni similare:

1) Excitaţia emotivă şi frica.
2) Infecţia şi anestezicele.
3) Suferinţa fizică.
4) Insomnia, şi epuizarea fizică.
5) Hemoragia, asfixia şi frigul care fac aportul de oxigen la periferie imposibil.

Vedem deci ca etichetarea lor cu alt nume, nealterând conţinutul, este în fond stabilirea unor aceleaş concluziuni de către doi cercetători în lucrări separate.

In cercetările lor au plecat dela o idee comună: suferinţa este accentuată de aplicarea tratamentului în contradicţie cu economia organismului.

Caracteristica lor comună privită prin prisma biofizicei este facultatea de a coborî potenţialul electric celular, prin cea bio-chimică, de a produce acidoza. Ambele efecte sunt nuanţe ale aceluiaş proces, dezagregarea vieţii intracelulare (Câmpeanu).

In tuberculoză, oare, nu putem conta pe aceleaş cauze de scoborîre a potenţialului bio-electric?

Să analizăm pe fiecare în parte, cele cinci cauze care determină maladia postoperatorie:

1) Şocul psihic (frica sau excitaţia emotivă după terminologia lui Crile) în chirurgie este foarte accentuat, prin bruscheţea cu care se pune problema intervenţiei, şi teama normală de chirurgie în sine.

Dar pentru bolnavul de tuberculoză gândul că sufere de o „maladie incurabilă" şi mai ales de lungă durată, nu este suficient pentru a determina frica şi o scădere a nivelului psihic?

Am putea spune chiar că în această maladie avem de a face cu o serie de mici şocuri psihice, sau de excitaţii emotive cari cu cât se repetă mai des cu atât scoboară potenţialul bio-electric.

2) Intoxicaţia exogenă, reprezentată în chirurgie prin anestezie poate fi în tuberculoză datorită abuzului îndelungat de medicamente, cu sau fără ştiinţa medicului.

3) Şocul traumatic — operator îşi poate găsi în tuberculoză un echivalent în puseul evolutiv, repetat uneori. Aci nu poate fi vorba de „şoc" în sensul clasic, însă alterarea pe care o aduce organismului faza evolutivă este o suferinţă fizică ce nu poate fi contestată.

Crile spune: „când oxidarea e aşa de accelerată prin leziune, durere, adrenalină, tiroxină sau stimularea electrică, încât combustibilul disponibil din protoplasma celulară este epuizat, atunci există stare de şoc". Ori în tuberculoză oxidarea intracelulară este accelerată prin cererea leziunei însăşi, iar aportul de oxigen pe de o parte (suprafaţa respiratorie redusă) şi de azot şi cărbune pe de altă parte (determinată de inapetenţă şi gastrite) sunt suficiente pentru a declanşa această stare de şoc în sensul vederilor lui Crile.

4) Intoxicaţie endogenă nu poate să fie contestată în tuberculoză unde este de mult cunoscut rolul toxinelor bacilului Koch.

5) Dificultăţile de ordin funcţional ale circulaţiei periferice accentuate de imobilizarea bolnavului operat, pot exista atenuat, temporar, în tuberculoză tot la bolnavii în plină fază evolutivă, care fac o cură de imobilizare maximă.

Uneori întâlnim bolnavi în afară de faza evolutivă, la care o febriculă de 37,1-37,5 cedează la o activitate redusă.

Ce se petrece, oare, aci? Moralul să fie cauza?

Nu, categoric nu! Este vorba doar de potenţialul bio-electric care necesită „mişcarea" pentru a reveni la nivelul normal şi pentru a face organismul să reacţioneze în condiţiuni optime, „prin armonizarea debitului de muncă al cordului central cu acel periferic". (Câmpeanu).

Cade în sarcina medicului tatonarea acestei „activităţi reduse" pentru a şti cât face bine şi cât rău şi pentru a o indica după nevoile cazurilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Văzând echivalenţa dintre cauzele care ar determina scăderea potenţialului bio-electric în tuberculoză cu cele care determină scăderea potenţialului bio-electric în chirurgie, cred că se poate spune că **introducerea bio-terapiei în tuberculoză** — selectiv — este evident necesară.

Să nu uităm că în clientela de toate zilele toţi bolnavii cu un bun „tonus" merg spre vindecare, în afară de cei care depăşesc, în acţiunile lor, rezistenţa organismului; iar bolnavii chiar cu o leziune minimă, al căror potenţial este scăzut, nu pot evolua, decât cu greu, către vindecare.

Rămâne de a demonstra pe cale fizică acest fapt ipotetic al rolului potenţialului bio-electric în evoluţia maladiei şi de a găsi formula ideală pentru tratamentul tuberculozei, învingând **maladia potenţialului bio-electric,** determinată de tuberculoză în sine, ca prin redresarea aceasta să obţinem vindecarea maladiei prime.

Aci rolul medicului este pe prim plan şi din datele ce le poate culege din contactul zilnic sanatorial, dela bolnav, poate determina deseori evoluţia spre vindecare, după cum va şti să menţină sau să ridice potenţialul bio-electric al fiecărui bolnav în parte şi după cum va avea la dispoziţie arsenalul terapeutic necesar acestei ridicări de potenţial.

Spitalul „Precista Mare", Roman
Serviciul de boli interne

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TRATAMENTUL ERUPŢIILOR CUTANATE POST SERICE (BOALA SERULUI) CU INJECŢII DE HIPERMANGANAT DE POTASIU IN SOLUŢIE 1-2‰

de

D-r IOAN MICU
Medic primar

Acest tratament n'a isvorât dintr'o singură întâmplare şi nu este nici produsul unei fantezii, ci rezultatul unor împrejurări destul de variate.

Iată pe scurt expuse faptele care au condus la aplicarea acestui tratament:

In cursul anilor 1935—1936, prin lunile Iulie şi August, au fost aduse şi internate în Spitalul Lădeşti—Vâlcea, patru fete de ţăran între 16—18 ani, prezentând muşcături de şerpi de pădure, probabil specia Columber Aesculapi.

Din punct de vedere clinic, cazurile prezentau următoarele simptome:

Edeme palpebrale, cecitate, dispnee, aritmie, iar la nivelul muşcăturei la gambă sau picior, o uşoară tumefacţie de coloare violacee.

Neavând ser antiveninos de şarpe la îndemână, m'am gândit la aplicarea tratamentului clasic cu injecţii de soluţie de hipermanganat 2%, în jurul plăgii produsă prin muşcătura şarpelui.

In scurt interval după injecţia făcută, pacienta respiră mai uşor, vederea se restabileşte, urmează o poliurie după care pacienta părăseşte patul şi serviciul după douăzeci şi patru ore dela internare.

In cursul verii anului 1937, servitoarea unui moşier vecin de comună, prin luna Iulie, este înţepată de un gărgăune (vespocrabro). La scurt interval dela înţepare apare pe tot corpul inclusiv regiunea capului acoperită cu păr, o erupţie urticariană extrem de pruriginoasă însoţită de o dispnee alarmantă produsă prin edem al glotei. N'am avut la îndemână nici calcium şi nici adrenalină. Fenomenul alarmant fiind însă dispneea ca şi în cazurile cu muşcături de şarpe, fac pacientului o injecţie cu 2 ccm. soluţie de hipermanganat 1 la mie în muşchiul deltoidian şi observ după foarte scurt timp dispariţia mai întâi a pruritului, restabilirea respiraţiei şi încetul cu încetul şi a erupţiei urticariene. Servitoarea îşi reia ocupaţie complect restabilită după aproximativ două ore.

In toamna anului 1937, s'au internat în spital numeroşi bolnavi de scarlatină forme grave, cărora li s'au făcut injecţii cu ser antiscarlatinos. La toate cazurile au apărut boala serului mai mult sau mai puţin accentuată, erupţia însă era la toţi extrem de pruriginoasă.

Tabloul pe care îl prezentau unii dintre aceşti bolnavi, semăna cu acel al fetei înţepată de gărgăune.

Cu titlul de încercare fac unei copile de 3 ani, care prezenta un tablou simptomatic mai grav, o jumătate ccm. de soluţie de hipermanganat 1 la mie.

Rezultatul a fost prompt, atât pruritul cât şi erupţia au cedat repede, încurajat, fac aceste injecţii în toate cazurile similare. Rezultatele au fost foarte mulţumitoare chiar şi în cazul cu albuminurie. Nu s'a observat nicio înrăutăţire a stării pacientului, albuminuria scăzând treptat cu involuţia boalei.

Am întrebuinţat acest tratament la 623 cazuri, dintre care la 18 cu erupţii diagnosticate ca prurituri senile, unde rezultatele n'au fost de loc încurajatoare.

In anii 1940—1941 am încercat acest tratament la cazuri de Coryza acută pe 20 pacienţi cu rezultatele foarte mulţumitoare.

Am isbutit să stăvilesc secreţia nazală abundentă şi să restabilesc respiraţia pe nas la scurt interval dela injectarea soluţiei. Sunt în curs de experimentare câteva cazuri (6) de astm şi prurituri vulvare.

Revăzuţi după câteva zile pacienţii nu mai prezentau simptome de Coryze.

TECHNICA DE PREPARAREA SOLUŢIEI PROASPETE

Se ia o siringă de 1-2 ccm. Se trage puţină apă distilată sterilizată pentru a se umezi pistonul. Se elimină apa, apoi pe capul umed al pistonului se iau 3-5 cristali de hipermanganat.

Se introduce pistonul astfel încărcat în siringă aspirându-se 1-2 ccm. apă distilată.

Se agită până ce se formează o soluţie clară cu o concentraţie aproximativă de 1%o-2%o care se injectează în regiunea deltoidiană sau fesieră.

Rareori este nevoie de 2-3 injecţii.

Avantajele acestui procedeu constau în:

a) Eftinătatea lui putându-se întrebuinţa şi apa de fântână sterilizată prin fierbere.

b) Procedeul este la îndemâna fiecărui medic ori unde s'ar găsi.

N'am observat niciodată flegmoane sau abcese la locul de injecţie şi nici producându-se vre-o agravare a vre-unei stări a pacientului căruia i s'a făcut injecţia.

Injecţiile sunt dureroase, însă nu insuportabile.

Insuccesele de 2% avute în erupţii pruriginoase se datoresc faptului că nu li s'au făcut a doua şi a treia injecţie bolnavilor.

Acestea sunt rezultatele obţinute până la 1943.

In ultimul timp 1944 luna Decembrie, printr'o întâmplare, injecţiile ce le-am făcut intramuscular se fac intravenoase fără a se obţine nicio complicaţie şi cu rezultate bune. Totuşi în cazurile unde acest procedeu i. v. n'a dat rezultat, injecţiile i. m. au avut succes. Numărul cazurilor tratate până în prezent depăşesc 2.000.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PRINCIPII TERAPEUTICE FOLOSITE ÎN TRATAMENTUL PARALIZIEI SCIATICULUI POPLITEU EXTERN

de

V. M. PLĂTĂREANU

Membru titular al Academiei de Ştiinţe

Practica chirurgicală din războiul mondial ca şi cea actuală au dovedit că, leziunile nervilor periferici constituesc unul dintre importantele capitole ale chirurgiei de război.

Faptele de observaţie şi dificultăţile întâlnite în tratamentul leziunilor nervilor periferici, au dus la formare de servicii speciale, încă din cursul războiului trecut.

Lucrările lui Edred M. Corner [1]), Naughen Dern [2]), Robert Kendy [3]) şi I. L. Joyce [4]), în Anglia au meritul de a fi atras atenţiunea asupra greutăţilor întâmpinate în tratamentul plăgilor de război ale nervilor şi tot şcoalei engleze îi revine meritul de a fi pre-

1) The British journal of Surgery. Volum VI Nr. 22 — 1918 — 1919 pag. 273. The structure, forms and conditiones of the End of divided nervs.

2) Of cit pag. 279. Injuries of the Peripheral nerves for the Surgical Standpoint.

3) Of cit pag. 317. Some notes on operative procedure în nerve injures.

4) Of cit pag. 418. A dtudy of a Series Peripheral nerv-juguries from a Surgical Aspect.

gătit cele dintâi servicii de specialitate, în spitalele de campanie, creind noui mijloace pentru obţinerea unor rezultate mai fericite.

In cursul anilor ce au urmat războiul mondial, studiile asupra acestei chestiuni s'au înmulţit, şi o bibliografie bogată ne stă la dispoziţiune.

Problema leziunilor nervului sciatic popliteu extern, din timpul rănirilor de război, deşi se încadrează în vastul capitol al patologiei nervilor periferici prezintă, totuşi, o serie de particularităţi care ni s'au impus, spre a fi rezolvate, în răstimpul celor patru ani de când îngrijim răniţii de război.

Vom renunţa de a mai face vre o incursiune, pedantă, în ceiace s'a scris în tratate şi lucrări de specialitate şi vom expune faptele observate de noi şi felul nostru de comportare.

Este cunoscut de toţi cei ce au activat în serviciul medical de război, normele după care se tratează plăgile nervilor.

In „Instrucţiunile technice sanitare" ale Direcţiei Sanitare Sup. din 1942, pag. 17, la capitoul rănirilor nervilor scrie:

„Aceste răniri nu prezintă urgenţă operatorie.

„La postul de prim ajutor se va pansa şi imobiliza segmentele nervilor, căutând să se evite îndepărtarea capetelor nervului rănit.

„La formaţiile chirurgicale înainte tratamentul constă în toaleta chirurgicală a plăgii şi sutura, după avivare a capetelor nervului, care în caz de depărtare de peste patru cm., pentru membrul superior şi 6 cm., pentru membrul inferior, nu mai este posibilă şi eşuiază.

„Sutura nervoasă se face precoce prin aducerea în contact a suprafeţelor capetelor şi suturarea nevrilemei prin fire fine.

„La formaţiile dinapoi, sutura nervoasă se va încerca numai în plăgile curate şi aseptice, deoarece supuraţiunea provoacă desunirea.....".

Aceste instrucţiuni ce dovedesc un minunat spirit de sinteză şi o adâncime remarcabilă a problemelor sanitare de război, lasă clar să se vadă că problema plăgilor nervilor constitue un capitol de specialitate. Şi aşa este!... Cu toate acestea realitatea ne împiedică să încadrăm sistematic toate cazurile de răniri ale nervilor în serviciile de specialitate şi prin raritatea şi complexitatea leziunilor altor ţesuturi care le însoţesc, aceste plăgi nervoase ajung adesea în serviciile de chirurgie generală sau ortopedie.

Personal am îngrijit cazuri diferite de plăgi ale nervilor şi am propus chiar suturarea cu păr uman, a capetelor nervului secţionat sau a fragmentelor (lambourilor nervoase), în cazurile de plastii sau alungiri ale trunchiurilor nervoase cu pierderi de substanţă prea întinse, cu rezultate superioare celor obţinute cu alt material de sutură (catgut, în, mătase, etc.).

Terapeutica secţiunilor nervilor periferici cere buna cunoaştere a câtorva principii generale. Acestea sunt:

1. Secţiunile nervilor periferici, în timp de război sunt destul de frequente, iar cele mai des întâlnite sunt: ale nervilor radiali, cubital şi sciatic popliteu extern.

2. Plăgile nervilor pot fi complecte sau incomplecte iar agentul

vulnerant, oricare dintre mijloacele combative. Cele mai rare sunt cele provocate de eschilele osoase din vecinătate.

3. Plăgile nervilor se însoţesc mai întotdeauna de leziuni ale celorlalte ţesuturi: (tegumente, oase, muşchi, schelet şi articulaţii). şi îngrijirea acestora primează prin natura lor şi prin urgenţele pe care ni le pot impune.

4. Infecţiunea plăgilor şi pierderilor de substanţă învecinată contra indică orice terapeutică directă şi activă asupra suferinţei nervului.

5. Singurul tratament de care beneficiază partea interesantă prin leziunea nervului, este imobilizarea în atelă uşoară, în gutieră, sau în bandaj gipsat.

Distonia dintre grupurile muşchiulare sănătoase şi cele paralizate duce la atitudini vicioase ale membrelor şi implicit la diformităţi care, tardiv, devin ireductibile prin redoarea articulaţiilor şi turburările trefice care se ivesc.

6. Tratamentul conservator al nervilor secţionaţi a fost concretizat din 1918 de către Southar şi Twining, din armata Engleză. Aceştia au propus următoarele reguli: a) imobilizarea membrului paralizat până se poate face o terapeutică chirurgicală asupra nervului. b) Imobilizarea se va face într'o atelă uşoară astfel ca să susţină muşchii paralizaţi şi să prevină contracturile. c) Masagiul muşchilor trebue făcut zilnic, iar în acest timp, se scoate atela şi se mişcă toate articulaţiile porţiunii paralizate ale membrului suferind. d) Aşezarea membrului bolnav în atelă trebue să fie cât mai aproape de atitudinile firesti.

7. Aceeaşi autori (Southar şi Twining) conclud că, succesul în tratamentul paraliziei nervilor periferici este legat, în primul rând, de „organizare".

8. Părerea noastră bazată pe îngrijirea răniţilor, atât în zona operativă cât şi în spitale de Z. I., dela începutul războiului şi până în prezent este că, înafară de o bună „organizare" a serviciilor de specialitate trebue şi o **cât mai bună şi mai generală cunoaştere a principiilor mari de îngrijire a plăgilor nervilor, de către toţi medicii şi în special de toţi chirurgii.**

*
* *

Revenind la principiile îngrijirii paraliziei nervului aciatic popliteu extern, de care ne ocupăm astăzi suntem obligaţi să amintim mai întâi că:

1. Aceste leziuni sunt întâlnite excepţional singure.

2. In majoritatea cazurilor, nivelul secţiunii se găseşte deasupra interliniei articulaţiei genunchiului şi se însoţeşte de leziuni ale ţesuturilor învecinate.

3. Suferinţa elementelor anatomice ale articulaţiei genunchiului şi ale spaţiului popliteu, pun adesea probleme terapeutice de o gravitate excepţională, fapt care a făcut să fie neglijată sau să treacă neobservată, chiar leziunea nervului sciatic popliteu extern corespunzător.

4. In organizarea noastră sanitară, actuală, leziunile mari ale membrului inferior sunt repartizate în serviciile de chirurgie, în'cât

acestea se însoțesc de procese inflamatorii osteo-articulare sau tisulare, care necesită în primul rând o îngrijire de chirurgie generală sau ortopedie.

5. Timpul cerut pentru vindecarea acestor grave leziuni ale membrului inferior este suficient ca să poată duce: la procesul de degenerescență a capătului distal al nervului secționat; la restaurarea turburărilor trofice, la retracția capetelor nervului și producerea nevromului și, mai ales, la instalarea unui proces de nevrită a ambelor capete, datorită infecțiilor din plaga de război.

6. Când imobilizarea membrului inferior a fost necesitată de leziuni osteo-articulare, aplicarea bandajului gipsat trebue astfel făcută încât să prevină deformarea piciorului în eguin-varus, cauzată de secțiunea nervului sciatic popliteu extern.

7. Menținerea labei piciorului într'o bună poziție, în aparatul gipsat, are inconvenientul că împiedică masajul și mobilizarea susținută a articulațiilor interesate, fapt care duce la o pierdere funcțională foarte importantă și uneori chiar la turburări trofice și la o rigiditate ireversibilă, gutiera gipsată sau aparatul gipsat bivalv este de preferat.

8. Tratamentul neuro-chirurgical al paraliziei sciaticului popliteu extern se impune numai la cazurile care îngăduesc o intervenție înainte de o degenerescență complectă a capătului distal.

9. In cazurile mai vechi de peste șase-opt luni, problema chirurgiei neurale se transformă într'o problemă ortopedică sau chirurgicală adică aceia de a putea reda o poziție bună piciorului paralitic equinvarus pentru a menține statica și a permite mersul cât mai aproape de normal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

10. Când rănitul prezintă lipsa unui membru inferior, deoparte, și o paralizie a sciaticului popliteu extern la celălalt membru, problema staticei și mersului cu proteză impune în mod categoric o intervenție chirurgicală pentru redresarea și fixarea definitivă a piciorului paralitic equin-varus într'o poziție favorabilă.

11. Când răniții refuză tratamentul neuro-chirurgical sau ortopedico-chirurgical, recomandarea unei ghete ortopedice rămâne singura soluție. Are însă inconvenientul defectării mecanismului, greutății reparației, uzarea materialului din care este confecționată, prețul ridicat al ghetei ortopedice și greutatea ei însăși.

* * *

Practica noastră chirurgicală în această chestiune se bazează pe o serie de 12 cazuri care se împarte în următoarele loturi:

I. Lotul compus din patru cazuri de intervenție directă pe nervul lezat. Trei din cazuri au constat din rupturi complecte ale nervului sciatic popliteu extern și un caz de ruptură incomplectă.

In toate cazurile am intervenit după cicatrizarea complectă a regiunei și sub o perfectă asepsie locală. Vaccinarea preoperatorie (cu 2-4 injecții vaccin Delbet de 1-2 cm.) precum și administrarea „per-os" sau paraenteral a sulfamido-terapiei în primele zile după operație, ne-a pus la adăpost de isbucnirea unei infecții datorită microbismului latent care dăinuește în plăgile de război, mult timp chiar după cicatrizare.

Tactica operatorie pe care am întrebuinţat-o constă dintr'o ablaţie cât mai minuţioasă a întregului ţesut cicatricial al regiunei interesate.

O disecţie amănunţită a elementelor anatomice este absolut necesară, dar în toate cazurile a fost grea şi foarte migăloasă.

Recunoaşterea capetelor nervului secţionat este uneori foarte grea din cauza nevromului care se include şi se confundă cu ţesutul cicatricial din vecinătate.

Disecţiunea elementelor nervoase trebue făcută cu o mare gingăşie. Intrebuinţarea instrumentelor speciale este obligatorie. Pensetele, bisturiile şi foarfecele, acele şi port acele întrebuinţate de noi au fost cele din practica chirurgiei oculare.

După disecţia capetelor nervoase se secţionează nevromele care le coafează. Secţionarea trebue făcută până se ajunge în ţesutul neural cu aspect macroscopic normal.

Când pierderea de substanţă neurală a fost mare sau când am fost obligaţi să rezecăm porţiuni mai întinse din cauza nevromului am practicat plastii nervoase din acelaş nerv, utilizând un lambou obţinut prin secţionarea longitudinală transfixiantă din capătul proximal şi răsturnarea lui peste capătul distal.

Am fixat lomboul la capătul inferior al nervului după o prealabilă avivare, sau l'am împănat în capătul distal, prin fire de păr uman sterilizat.

Această metodă care ne aparţine, se bazează pe aprecierea că insuccesele observate în materie de sutură nervoasă, datorită iritaţiei pe care o dădea secundar firele de sutură (catgut, mătase, in, tendon de ren, etc.), firul de păr uman este perfect tolerat, fiindcă este embriologic de origină ectodermic ca şi nervii periferici este suplu şi neiritant. (Zeitschrift für chirurgie No. 2, 1943; Archives de Neurologie No. 3—4, 1942).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am izolat întotdeauna regiunea nervului suturat cu un lambou aponevrotic pediculat din vecinătate, sau la nevoie cu lambou de grăsime sau fascicol de muşchi învecinat. Acest amănunt este obligatoriu fiindcă evită, într'o mare măsură invadarea regiunei de către elementele fibroase cicatriciale.

Am acoperit întotdeauna pierderile de substanţă cutanată a regiunei poplitee cu lambouri pediculate depe faţa posterioară a membrului suferind. Această technică aduce o vindecare mai rapidă şi menţine o supleţe deosebită a mişcărilor regiunei, decât dacă s'ar lăsa să se cicatrizeze spontan per secundam. Am asigurat un drenaj temporar al regiunei cu pachete de setolină. Am imobilizat membrul inferior operat în flexiune, astfel ca nervul să nu fie întins prea mult şi să nu se rupă cusăturile. Imobilizarea în gutieră este de preferat. Imobilizarea trebue menţinută 10-12 zile şi unghiul de flexiune al gambei pe coapsă trebue mărit treptat spre a se evita o destindere bruscă, chiar după acest interval de timp.

* * *

Rezultatele obţinute au fost următoarele:

1. Operaţii în toate cazurile au simţit din prima zi o senzaţie de furnicături şi străfulgerări însoţite de căldură şi durere în tot teritoriul paralizat.

Mişcări uşoare au fost schiţate din primele zile. Revenirea lor a fost foarte înceată dar treptată în câteva luni în raport cu vechimea leziunei. La cele mai recente, revenirea s'a făcut mai repede decât la celelalte.

Ca tratament medical ajutător, am întrebuinţat injecţiile zilnice de sulfat de stricnină (1—2 pe zi) injecţiile de vitamina B., şi masajul zilnic cu mobilizarea articulaţiilor.

Când s'a putut, am practicat şi electro-terapia. La două din cazuri recuperarea a fost aproape complectă, am zis aproape pentru că ambii operaţi au fost mutaţi prin desfiinţarea spitalului în care lucram. Diferenţa de normal constă în persistenţa unei uşoare diminuări a sensibilităţii faţă de membrul opus şi o diferenţă mică în amplitudinea mişcărilor. Statica şi mersul au fost aproape de normal, cu condiţia ca încălţămintea să nu fie prea grea.

Al treilea caz a fost trimis într'un serviciu de specialitate, spre a-şi complecta tratamentul cu electro-terapie şi a fost pierdut din vedere, iar al patrulea se găseşte în prezent în serviciul d-lui Prof. Paulian, unde l-am văzut recent. Acest din urmă caz şi-a reluat perfect funcţia motorie şi sensibilitatea prezentând numai dureri intermitente în tot membrul inferior, dureri care au un caracter nevritic. Ele sunt tratate în acel serviciu cu injecţiuni de sulfat de magneziu intrarachidian.

Digitized / Central University Library Cluj

Al doilea lot este constituit din şase cazuri, în care faza neurală a fost depăşită, adică există o complectă degenerescenţă a capătului periferic şi intense turburări trofice datând de peste un an.

In toate aceste cazuri am practicat **tarsectomia cuneiformă externă** spre a redresa şi fixa antepiciorul căzut în equin-varus.

Am practicat această simplă operaţie după o prealabilă asepsie a regiunei constând din badijonarea cu tinctură de iod şi menţinerea în pansamente aseptice preoperatorie timp de 2—3 zile.

Am executat tarsectomia după o prealabilă incizie de 8—10 cm. concavă în sus, şi situată pe faţa dorso-externă a regiunei tarsiene.

Am precedat întotdeauna tarsectomia cuneiformă de o secţionare a tendonului lui Achile, făcută printr'o butonieră cutanată pe marginea sa externă. Prin această secţionare, atitudinea piciorului se corijează foarte mult şi în felul acesta ni se dă măsură cât trebue să secţionăm din ţesutul osos când executăm tarsectomia.

Am asigurat întotdeauna un drenaj cu setolină a spaţiului dintre suprafeţele osoase, sângerânde. Am refăcut straturile noi aplicând fire de setolină separate la tegumente.

S'a aplicat, apoi, un bandaj gipsat care menţine atitudinea corectată prin actul chirurgical. Bandajul gipsat se ţine 6—8 săptămâni, după care timp se scoate şi se fac exerciţii de mers. In toate cazurile, piciorul a rămas fixat în atitudinea de unghi drept, iar mersul este nedureros.

Al 3-lea lot este constituit din două cazuri care prezentau o patogenie şi un aspect clinic diferit.

Primul caz era o secţiune a sciaticului popliteu extern, chirurgicală, realizată în timpul unor incizii pentru un flegmon al regiunei externe a coapsei inferioare, genunchiului şi 1/3 superioară a gambei respective. Tardivitatea venirei în spital şi caracterul cicatriciilor inciziilor precedente, precum şi prezenţa unui proces de osteită cronică la nivelul gâtului piciorului, mi-au impus ca metodă de tratament pe cea ortopedico-chirurgicală.

Am practicat, ca atare, o plicaturare la nivelul gâtului piciorului a tendoanelor extenzorilor piciorului şi a peronierelor după o prealabilă secţionare a tendonului lui Achile retractat.

Odată refăcută atitudinea normală a piciorului, l-am imobilizat într'un aparat gipsat. Rezultatul obţinut a fost identic cu cel din grupul precedent.

Al doilea caz priveşte un rănit cu o leziune veche a trunchiului marelui sciatic şi a sciaticului popliteu extern.

Aspectul clinic al acestui caz este diferit de cel al paraliziei sciaticului popliteu extern simplu.

Pe lângă căderea în equin-varus a antepiciorului, se observă ceea ce şcoala franceză a denumit „jambe effilée", însoţită de o retracţie a aponevrozei plantare şi a flexorilor, dând un aspect particular de picior „crispat în flexiune" (cu intense turburări trofice).

La acest caz, nu au fost suficiente: secţiunea tendonului lui Achile, tarsectomia cuneiformă externă pentru a obţine un aspect şi o poziţie normală a labei piciorului.

Biblioteca Universitatea Library Cluj

De aceea am practicat o secţiune a aponevrozei plantare şi o secţiune a tendonului flexorilor degetului gros, spre a-l putea redresa. Acest din urmă caz se găseşte în curs de tratament, imobilizat în aparat ghipsat şi sperăm că rezultatul final să fie cel scontat de noi.

Concretizând cele expuse mai sus putem afirma că: 1. In paraliziile nervului sciatic popliteu extern, se aplică, la început normele generale de îngrijire a secţiunilor nervilor periferici.

2. In perioada nechirurgicală, este absolut necesară o imobilizare în gutieră sau atelă uşoară pentru a menţine atitudinea normală a piciorului şi a practica masajul şi mobilizarea articulaţiilor.

3. Sutura sau plastiile nervului sciatic popliteu extern dau rezultate destul de satisfăcătoare, când intervenţia s'a putut face mai înainte de a avea o degenerescenţă complectă a capătului distal.

4. Instrumentarul şi manevrele chirurgicale cer o finete deosebită, iar materialul cel mai indicat până în prezent îl socotim părul uman sterilizat. Tratamentul medical post-operator ca şi electroterapia sunt obligatorii.

5. Când tratamentul neuro-chirurgical nu mai poate fi aplicat, redresarea şi menţinerea piciorului paralizat în equin-varus se poate obţine prin tarsectomie cuneiformă externă precedată de tenotomia achiliană şi imobilizarea în aparat gipsat.

6. Rezultatele statice şi mersul nedureros obţinute prin tarsectomie sunt dintre cele mai bune.

7. Când necesitatea o cere în cazul de atitudini vicioase complexe ale antepiciorului, tarsectomia cuneiformă externă poate fi complectată cu operaţiuni complimentare.

8. In unele cazuri speciale simpla scurtare a tendoanelor muşchilor extenzori şi peronieri este suficientă.

9. In cazurile de refuz a tratamentului neuro-chirurgical sau ortopedo-chirurgical, recomandarea ghetei ortopedice este necesară.

TRATAMENTUL TIFUSULUI EXANTEMATIC PRIN ACŢIUNEA ASOCIATĂ A FRIGULUI USCAT

de

D-r IOAN N. TAŢOIU
Medicul Spitalului Iancă, Jud. Brăila

Epidemia de tifus exantematic din iarna anului 1944/945, ca şi cea din anii 1916/919, care a înregistrat la noi o mortalitate de 41%, iar în Jugoslavia până la 70%, a dat şi dă încă mult de lucru, dar şi de gândit în materie de tratament medicilor!

S'au scris articole, broşuri, tratate despre: prevenirea, definiţia, ethiologia, agentul vector, simptomatologia, diagnosticul diferenţial al acestei maladii, tratamentul rămânând tot simptomatic şi la aprecierea fiecărui medic, cu excepţia încercărilor serului de convalescent (Ch. Nicolle şi I. Cantacuzino) cu rezultate dubioase, şi întrebuinţarea soluţiei de clor 0,40‰ în ser fiziologic a D-lui Profesor D-r D. Danielopolu, administrată intravenos şi înscriind o mortalitate foarte redusă (2,20%), dar prepararea şi administrarea soluţiei devine un procedeu laborios şi nu la îndemâna tuturora.

Digitized by Central University Library Cluj

După trei ani de observaţiuni şi încercări, am pornit dela faptul că virusul tifusului exantematic, inegal răspândit în organismul infectat, prezintă o deosebită afinitate, pe lângă alte organe, pentru sânge şi vasele mici intestinale, hepatice sau ale splinei, în al căror endotheliu vascular se poate localiza şi înmulţi (Danielopolu, Bălteanu).

Fiind isbit de semnul limbei atât de constant în tifusul exantematic, care — pe lângă simptomul unei infecţii generalizate — traduce o turburare specific abdomino-intestinală; şi cunoscând că la păduche evoluţia rickettsilor se face în celulele epitheliale tot ale intestinului, mi-am fixat hipothetic, intestinul şi celelalte organe abdominale, ca parte din organism cu o vastă circulaţie sanguină, asupra căreia să-mi îndrept acţiunea mea therapeutică.

Profitând de marele număr de 310 cazuri de tifus exantematic tratate de noi în această mare epidemie, mi-am încercat — şi nu fără folos — metoda personală, al cărui rezultat ţin să-l fac cunoscut colegilor, cari mai dotaţi decât mine în serviciu, verificând-o pe cazurile ce le stau la dispoziţie, să se poată veni cu un ceas mai de vreme în ajutorul bolnavilor din regiuni aprig bântuite de acest flagel şi care îngroaşă atât de mult curba mortalităţii generale a Ţării!

Metoda, după cum se va vedea, este simplă şi la îndemâna oricărui practician, care o poate aplica fără să se abată prea mult dela tratamentul şi observaţiunile sale personale.

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA ANATOMIEI ŞI FIZIOLOGIEI PATOLOGICE IN TIFUSUL EXANTEMATIC

Am omis intenţionat celelalte organe şi leziuni anatomo-patologice şi voiu insista în special numai asupra organelor regiunei abdominale.

Profesorul Danielopolu stabileşte că, din punct de vedere anatomic macroscopic, virusul tifus exantematic alterează vasele din toate organele, având o afinitate specială pe lângă creer, capsulele supra-renale, etc., şi asupra musculaturei abdominale, unde formează hemoragii; la fel pentru mucoasa intestinală care prezintă o vădită stare de hiperhemie mergând până la formarea de focare hemoragice şi infiltrative. In pancreas, splină şi rinichi, hiperhemia predomină în vena centrală, iar în ficat în vasele porte.

Microscopic: leziuni de endothelită descuamativă cu proliferări perivasculare, ce merg până la constituirea de noduli sau leziuni difuze mai importante exantematice. In tunica musculară a intestinului, Profesorul Danielopolu găseşte numeroase focare nodulare şi de infiltraţie difuză. Nervii periferici prezintă leziuni în perinerv şi endonerv, iar în ganglionii simpatici leziuni infiltrative cu predilecţie în plexurile nervoase ale intestinului. Aci celulele nervoase sunt alterate şi cu nuclei proliferativi. Celulele nobile hepatice sunt şi ele alterate până la degenerescenţa grasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate aceste leziuni se datorează atât factorului infecţios, dar mai mult factorului toxic al virusului, care este energic vasodilatator prin acţiunea sa paralizantă asupra vaselor mici. De aceea trebue acordată toată atenţia factorului toxic în tifus, singurul care duce la accentuarea fenomenelor clinice în timpul apirexiei, adică atunci când factorul infecţios a cedat, iar prin alterarea şi intoxicarea întregului organism, acest factor toxic antrenează moartea.

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA SIMPTOMATOLOGIEI ŞI DIAGNOSTICULUI IN TIFUSUL EXANTEMATIC

După D-l Profesor D-r Gavrilă ar fi o triadă simptomatică a boalei constituită din: turburări nervoase, exantem şi temperatură. D-l Profesor D-r Danielopolu adaugă sindromul (vascular al) extremităţilor, caracteristic formei hipertoxice. Clinicește noi am putut constata: **febra**, în platou cu defervescenţa în lisis scurt; **figura vultuasă** cu injectarea conjonctivelor; exantemul ce apare pe torace, abdomen şi faţa internă a braţelor; **turburări nervoase, turburări circulatorii**, precum şi — în mod constant —, **semnul limbei**, asupra căruia vom mai reveni.

Clinicește am păstrat împărţirea formelor descrise de Prof. Danielopolu, în: uşoare, mijlocii, hipertoxice şi noi am mai adăugat forma afebrilă.

In formele uşoare am clasat pe toţi bolnavii puţin abătuţi,

cu figura şi conjonctivele puţin congestionate, perfect conştienţi, neagitaţi, cu un exantem nu prea pronunţat, limba puţin uscată; cu un platou, o defervescenţă şi o convalescenţă scurtă.

In formele mijlocii, pe lângă susmenţionatele simptome, dar mai accentuate, am mai clasat pe bolnavii cari prezentau: insomnii, dureri musculare, asthenie pronunţată; pe cei cu o oarecare obnubilaţie, cefalalgie, delir alternat de perioade de calm, pe cei semi-inconştienţi, cu o adevărată stare tifică, cu un exantem mai intens şi uneori hemoragic; pe cei cu limba uscată, care dispare odată cu defervescenţa, şi în genere pe toţi bolnavii la cari ameliorarea se face progresiv şi cu uşoare fenomene toxice după lisis.

In formele hipertoxice am clasat pe bolnavii, ce prezentau toate simptomele formei mijlocii însoţite de o intoxicaţie gravă a organismului: agitaţie intensă, halucinaţii, delir furios, proştraţie până la stupoare tifică; bolnavi ce păreau indiferenţi, nu răspundeau şi nu recunoşteau persoanele înconjurătoare. Limba este arsă, acoperită de cruste, tremură şi nu poate fi scoasă afară din gură. Starea tifică este aproape comatoasă, cu respiraţia mai frequentă (prin alterarea centrilor respiratori), cu turburări de deglutiţie şi sughiţ; bolnavi cu retenţie sau incontinenţă de urină sau de materii fecale (pronostic grav). Aci intră **sindromul extremităţilor**, caracterizat prin modificări ale membrelor inferioare: de temperatură (calde la început, apoi reci) şi de culoare (roşii, ce devin apoi violete), ca rezultat al paraliziei vasculare periferice. Exantemul este hemoragic. Defervescenţa nu aduce ameliorarea, ci, din contră, fenomenele toxice se accentuiază în apirexie până la moarte. Am observat bolnavi cu o stare bună în perioada febrilă, dintre cei ce au refuzat aplicarea frigului uscat, prezentând o stare alarmantă după cedarea temperaturei şi sfârşind prin moarte!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In formele afebrile am clasat pe bolnavi, ce puteau fi încadraţi în primele două forme cu privire la celelalte simptome mai puţin elementul „febră", care le lipsea.

Am omis celelalte simptome descrise de autori, ca: hiperhemia, hiperleucocitoza, deviaţia formulei leucocitare, examenul lichidului cefalo-rachidian cu xantocromasia, fiindcă ne având laborator nu le-am putut studia.,

Am pus diagnosticul de tifus exantematic numai după simptomele clinice atent cercetate, inclusiv factorul epidemic şi, numai când diagnosticul diferenţial cu febra tifoidă, febra recurentă sau meningita cerebro-spinală epidemică era dificil, am recurs la reacţia de aglutinare Weil-Felix, — cu toate greutăţile, ce decurg prin trimiterea sângelui la un laborator judeţean nu mai aproape de 50 kilometrii!

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA TRATAMENTULU IN TIFUSUL EXANTEMATIC

Literatura medicală în privinţa tratamentului **specific** al tifusului exantematic este foarte redusă; doar încercările cu ser de convalescent sau sânge de convalescent administrat între 20-100 cm.

c. zilnic, încercat de Ch. Nicolle şi I. Cantacuzino, ca şi cel preconizat de Zinsser, cu ser obţinut prin inoculări de rickettsi la cai, însă cu rezultate îndoielnice.

Tot arsenalul medicamentos, ca: neosalvarsanul, bismutul, optochina în injecţii, precum şi sulfamidele încercate nu au dat nici-un rezultat.

Prof. D-r Danielopolu recomandă tratamentul antitoxic cu soluţie de clor 0,40‰ în ser fiziologic administrat intravenos, cu rezultate foarte bune, dar — după cum am mai spus — procedeul de preparare şi de injectare este foarte laborios şi comportă o aparătură specială, ce nu e la îndemâna oricui.

Intregul tratament al tifusului exantematic se reduce azi la unul higieno-dietetic şi simptomatic (D-r Gavriliă), recomandându-se: pentru scăderea febrei şi calmarea fenomenelor nervoase, hidrotherapia şi antitermicele (piramidon şi aspirină); în insomnii, veronalul, luminalul, pantoponul şi morfina; în agitaţii mari, scopolamina; iar în cazurile grave, injecţii de digalen, ouabaină, oleum camforat, coffeină, adrenalină, etc,.. (Haţieganu-Goia).

FRIGUL USCAT ASOCIAT IN TRATAMENTUL TIFUSULUI EXANTEMATIC

Faţă de marea mortalitate înregistrată prin tratamentul simptomatic, oricât de variat şi bine susţinut ar fi fost, fără a fi obţinut vre-un rezultat palpabil, am recurs şi la acel mijloc, la care alergăm în primul rând în infecţiile apendiculare, peritoneale, metroanexiale, meningiale... la frigul uscat, a cărui acţiune fiziologică începusem să o precizez. — Bine-înţeles că în primul moment nu am abandonat arsenalul medicamentos simptomatic, dintr'un principiu conservator therapeutic, dar cu timpul l-am modificat şi pe acesta, **asociind, — dar în mod constant şi până la căderea febrei —, ghiaţa pe abdomen atât ziua cât şi noaptea,** cu respectarea celor mai elementare condiţiuni.

Vom descrie pe rând măsurile şi medicaţiunea adequată acestui scop:

Ca profilaxie. — Depistarea bolnavului cât mai la începutul boalei are importanţă, spre a se îngădui scurtarea timpului necesar de desintoxicare.

Izolând bolnavul, am procedat imediat la deparazitarea generală a corpului prin baie, tunderea sau raderea părţilor păroase (cu exceptarea părului la femei şi adolescente de pe cap, la care s'a adăugat ungerea cu substanţe paraziticide) şi a vestmintelor, prin introducerea lor la cuptorul „Vasilescu". S'a procedat apoi la îmbrăcarea bolnavului cu schimburi curate.

Făcându-se regulat, de două ori pe săptămână, deparazitarea tuturor efectelor din întregul spital, am ajuns ca a doua zi după căderea febrei, bolnavul îmbăiat şi schimbat din nou să fie trecut dela izolare în saloanele comune de diverse maladii până la ieşirea din spital, fără a fi înregistrat vreun caz de tifus exantematic printre ceilalţi bolnavi.

Ca higienă. — Am insistat asupra gargarelor repetate cât mai des cu soluţie de 0,50 la mie kali-permanganic, 40 la mie kalychloric sau apă oxigenată până în convalescenţă (altfel apăreau complicaţii neplăcute); apoi curăţirea dinţilor şi a limbei, care — după o ungere cu glicerină sau chiar unguent boricat — s'a curăţat mecanic cu un cuţitaş de os sau de lemn. In nas, urechi sau gât am pus sau badijonat de 3 ori pe zi, respectiv cu glicerină gomenolată 2%, boraxată 3%, sau fenicată 1%. Din cauza constipaţiilor atone, foarte frequente în tratamentul nostru, am recomandat zilnic clisme evacuante, până la căderea febrei, cu 300—500 gr. apă caldă, o lingură de oleum vaselinae şi puţină spumă de săpun.

Ca medicaţiune. — Injecţii de oleum camforat 20% şi coffeină natrium benzoică 0,25 gr. numai când a fost cazul, căci expun la abcese.

In mod **constant** însă am administrat **urotropina**, fie în soluţie de 40% intravenos zilnic 5 cmc., fie în cristale asociată cu benzonaftolul à 1 gr. 3 ori pe zi, mai ales când apăreau uşoare fenomene de cistită în urma administrării urotropinei simple.

Urotropina acţionează ca antiinfecţios general, desinfectant specific biliar şi intestinal; fiind un cholagog ajută tratamentului, căci şi bila inactivează virusul tifusului prin diluare sau disociere în organism (Danielopolu, Bălteanu). La nivelul rinichilor, urotropina se descompune — în mediul acid creiat — în fenol, realizând pe lângă o desinfecţie locală şi mediul prielnic unei perfecte filtrări a urinei. Am observat că diureza, cu toată temperatura de 39—40°, se păstrează în jurul celei normale, dacă nu chiar mărită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tinctura strophantus s'a administrat de 3 ori pe zi, câte 10—15 picături la nevoie, fiind cardiotonicul cu acţiunea cea mai constantă şi manifestă asupra insuficienţei miocardului în cursul infecţiunilor (Danielopolu). Lucrează la augmentarea tonusului inimei şi respectiv la ridicarea tensiunei sanguine (care în tifus este scoborîtă) şi în plus ca diuretic. Se poate administra chiar două săptămâni fără pericol de accidente, cu toată gravitatea celorlalte fenomene de intoxicaţie provocată de virus (Danielopolu).

Când graficul pulsului se păstrează imediat sub cel al febrei se abandonează administrarea ei şi se reia de îndată ce se percep cele mai fine simptome de insuficienţă a miocardului.

Licuarea amoniacală anissată sau chiar **acetatul de amoniac** s'a dat **obişnuit** de 3 ori pe zi tot câte 10—15 picături, folosindu-i-se acţiunea ca stimulent difusibil al centrului vaso-motor bulbar spre a combate coma, colapsul şi contribuind şi la ridicarea tensiunei sanguine (Richaud).

Glucoza, sub formă de soluţie 47‰, s'a administrat goutte à goutte rectal între 500—2000 cmc. Am recomandat în mod riguros glucoza din momentul când începând defervescenţa, aspectul bolnavului denota o pronunţată stare de toxhemie, cu toate că în perioada de platou — cu o febră chiar şi peste 40° — starea era foarte bună şi când întrevedeam sindromul extremităţilor (deşi excepţional de rar); cu alte cuvinte în toate formele hipertoxice,

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII DIN CLUJ

când fără intervenţia glucozei se putea pierde bolnavul. Acţiunea glucozei este prea bine cunoscută, ca antitoxică şi diuretică, ca să mai insist.

Sub formă de clismă goutte à goutte rectala am putut utiliza nu numai o glucoză chimic pură ci chiar cea amorfă şi nerafinată din comerţ. In lipsa ei am obţinut aceleaşi rezultate cu sol. 50‰ zahăr, pe care îl recomand stăruitor.

Mai înainte de a trece la studiul frigului uscat, trebue să mai adaug, că am mai recomandat la cei cu complicaţii — deşi puţini la număr — după caz; poly-bromura la agitaţii, veronal în insomnii; vaccino sau ser-therapia în otite, parotidite, furonculoze, flegmoane difuze, ori intervenţia chirurgicală în colecţii.

Dela căderea febrei şi până la eliberarea din Spital s'a administrat tuturor bolnavilor zilnic 1—2 cmc. **ser neurotonic**, ca tonic în combaterea anemiei.

Cantităţile susmenţionate de medicamente s'au dat la adulţi; la copii mai mari, doze pe jumătate; iar celor mici, o treime.

Frigul uscat, (Cryotherapia, din grecescul χρυος, = frig) s'a aplicat sub formă de ghiaţă sau zăpadă (iarna) **acoperind o cât mai mai mare suprafaţă a abdomenului.** — S'au întrebuinţat pungi de cauciuc, iar în lipsa acestora ori ce vas de metal cu fundul plat: scuipători de cameră, farfurii adânci, crăticioare sau lighiane. — Mai evoluat s'ar putea utiliza un colac de metal, prin care ar trece un curent de aer rece sub presiune.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe abdomen s'a aplicat mai întâi un şervet, o flaneluţă, o bucată de pânză sau chiar numai poalele cămăşii. S'a luat măsură ca totdeauna vasul să fie bine şters de vaporii depuşi la exterior spre a nu se umezi pânza protectoare, contrariu poate duce prin umezire la escare sau congelaţii (V. Dimitriu). — In caz de congelaţii, deşi noi nu am înregistrat nici-un caz —, se suprimă câteva ore ghiaţa sau se mai adaugă o bucată de pânză protectoare şi se unge în acelaş timp regiunea abdominală cu vaselină camforată 10%.

Vasul s'a umplut de îndată ce i se topia conţinutul şi spre a nu se vărsa, bolnavii au fost instruiţi să şi-l ţină conştiincios cu mâna, explicându-le că înaintaşii lor **acestuia îi datorau tămăduirea.**

La cei agitaţi vasul a fost ţinut de însoţitoare sau vecinii de pat.

Ca dietă, pe tot timpul febrei am recomandat: lapte, ciaiuri, cafea-surogat cu lapte, lapte bătut, iaurt şi siropuri. Un total de 2½ litri lichide zilnic. A doua zi după căderea febrei, curăţirea limbei, în lipsa fenomenelor de toxhemie şi odată cu apariţia unei senzaţii voluptuoase de foame am mai adăugat: supe de zarzavaturi strecurate. Peste alte două zile: brânză de vaci, cartofi copţi şi apoi paste făinoase. In zilele următoare prin mămăliguţă pripită, pâine prăjită, mai pe urmă neprăjită cu sosuri de legume din mâncăruri s'a trecut la alimentaţia obişnuită. In a 10—13 zi dela internare s'a dat drumul bolnavului dela ordinar acasă, unde fiind urmărit, prezenta o perfectă stare de sănătate.

ACŢIUNEA FIZIOLOGICĂ A FRIGULUI USCAT

Până în prezent nu se cunoaşte precis modul cum acţionează frigul uscat asupra organismului (Tuffier).

Local determină o vaso-constricţie energică (antagonistă acţiunei virusului tifusului exantematic), care se exercită nu numai la straturile superficiale, dar şi la distanţă în profunzime (Tuffier), abolind peristaltismul intestinal; iar prin vaso-constricţia vaselor alterate de virus şi a focarelor hemoragice împiedică diapedeza, paralizând totodată migraţiunea virusului sau a rickettsilor şi ca urmare întreaga evoluţie a acestora prin scoborîrea thermică la acel nivel. — Virusul este puţin rezistent la acţiunea agenţilor fizici, cari îl inactivează. Virusul conţinut în ţesuturi este repede distrus când se expune două zile la o temperatură între 20° şi 37° (Bălteanu, Combiescu).

Personal am înregistrat temperaturi rectale între 20—30° la bolnavi, curând după aplicarea frigului uscat pe abdomen, în timp ce temperatura axilară marca încă 40°! [1]).

Când ghiaţa este ţinută conştiincios are un efect miraculos şi aproape imediat; astfel, am văzut la vre-o 35 bolnavi „conştiincioşi", cum numai după 12 ore de ţinut ghiaţa pe suprafaţă mare şi absolut continuu, temperaturi ca de pildă 38°—41° au cedat complect scoborînd la 36,5°, fără a se mai fi înregistra vre-o ascensiune thermică până la complecta vindecare a bolnavului!

Pe aceste 300 cazuri tratate, am asociat frigului uscat: urotropina, ca antitoxic: T-ra stophantus, ca tonic cardiac şi diuretic; vom încerca pe viitoarele cazuri — dată fiind acţiunea şi antiinfecţioasă, şi tonicardiacă, şi diuretică a frigului uscat, să tratăm — deaci înainte — tifusul exantematic, mai simplu; numai cu: ghiaţă, dar cât mai sever aplicată, amoniu anissat şi glucoză, căci, am ajuns la convingerea că aceştia sunt de fapt factorii esenţiali therapeutici în metoda noastră. — Până la cercetări ample de laborator, pe care nu le-am putut face din lipsa utilajului, întrevedem — ca efect fiziologic al frigului uscat —, pe lângă cele sus amintite: o încetineală în circulaţia sanguină generală, mai accentuată local, care în câteva zile inactivează întregul sânge infectat din economie prin trecerea lui prin regiunea abdominală supusă frigului, care prin acţiunea sa expune astfel virusul unei paralizări, (cu abolirea elaborării toxinei), senzibilizându-l şi la acţiunea antiinfecţioasă a urotropinei, ori unde s'ar afla în organism! — In acelaş timp, leucocitele, după o acţiune

---

1) De curând, într'un pousseu apendicular, am studiat efectul gheţei asupra subsemnatului, constatând: în prima oră o senzaţie de rece, ce se suportă,— ce e drept —, foarte dificil, prin contrastul dela cald la rece local (motiv pentru care unii bolnavi nu vor să o accepte la început). Intensificându-se, „recele" devine înţepător şi chiar dă senzaţia de arsură ca, imediat apoi, să se transforme într'o anestezie locală, cu tendinţa de analgesie generală, manifestată printr'o uşoară somnolenţă. Am mai constatat o scoborîre thermică în întregul organism, cu senzaţia curioasă de *„rece în inimă"* (motiv pentru care, probabil, nu se mai pot instală miocarditele?); apoi o bradicardie în jurul a 60 pulsaţii pe minut; o expectoraţie bronşică (subsemnatul fiind şi un vechiu fumător şi o diureză mult mărită, cu urini complect decolorate şi limpezi. Mi-a redeşteptat, însă trecător, un reumatism!

de fagocitare săvârşită, scad în număr, pentru a reveni la procentul normal, odată cu atingerea temperaturei de 37° din defervescenţă. — Frigul uscat nu lucrează direct asupra leucocitelor, ci indirect şi anume: prin inactivarea virusului sau a toxinei, în urma asocierei acţiunilor sale vaso-constrictoare şi hipothermice, cu a celor tonicardiace, antiinfecţioase şi antitoxice ale strophantusului, urotropinei şi glucozei.

OBSERVAŢIUNI CLINICE

Observaţiunile clinice în număr de 310 sunt cuprinse rezumativ într'un tablou [1]), în care se dă pentru fie-care bolnav toate datele necesare, precum data înregistrări, numele şi pronumele, vârsta, sexul, locul de origină, data internării şi eşirii din spital, semnele principale, evoluţia, numărul zilelor de cură, complicaţiile, starea.

REZULTATE

Profesorul D-r D. Danielopolu susţine că, dacă nu putem ajunge printr'un tratament antiinfecţios în tifusul exantematic să scurtăm boala, putem obţine rezultate excelente printr'un tratament antitoxic!

Noi, prin acţiunea asociată a medicaţiunei — urotropină, strophantus, amonianissat, glucoza — pe deoparte şi agentul fizic — frigul uscat — pe dealtă parte, am putut hiperactiva acţiunea factorului antiinfecţios şi antitoxic prin mijlocirea **indispensabilă** a acţiunei vaso-constrictoare şi hipothermică a frigului uscat asupra circulaţiei sanguine în general şi asupra toxinei virusului în special.

Acesta fiind efectul, tratamentul în sine nu are nimic specific în vindecarea tifusului exantematic, astfel că se poate aplica şi în alte maladii infecţioase, ca: febra tifoidă, scarlatina, pneumonia, **tuberculoza** (!), asupra cărora l-am aplicat în câteva cazuri — cu titlul de experienţă. — înscriind rezultate neaşteptate!

Revizuind acum rezultatele obţinute am avut: un total de 300 bolnavi plus 10 martori (ce au refuzat ghiaţa), indivizi de ambele sexe (50,3% bărbaţi şi 49,7% femei), dela vârsta de 7 luni până la 63 ani, din diferite regiuni ale Ţării, în diferite stadii ale boalei şi cu diverse complicaţiuni. Pe toţi aceşti bolnavi i-am prezentat (în alăturatul Tablou) în ordinea cronologică a ieşirilor din Spital şi fără distincţiune (afară de cei 10 martori) i-am supus la acelaş tratament sus descris, bine-înţeles fără a renunţa la aplicarea frigului uscat, înscriind astfel ineditul **rezultat de 2% mortalitate în tifusul exantematic,** deşi — după cum vedea la cauzele morţilor — ar putea fi de numai 1% mortalitatea!

Din totalitatea celor 310 bolnavi internaţi 10 inşi au refuzat din rea voinţă ghiaţa şi au murit. Prin încăpăţânarea lor ne-au servit ca martori şi ne-au întărit şi mai mult convingerea.

Vom analiza acum fiecare amănunt din rezultatele obţinute:

Febra în platou caracteristic am găsit-o în 96%, procentul de 4% fiind reprezentat de cele 12 cazuri forme afebrile, la care au fost prezente numai celelalte simptome.

Exanthemul a fost prezent 100%. Semnalăm faptul că am

1) Acest tablou se va publica într'un număr viitor. N. R.

avut cazuri unde acesta a trebuit să fie observat cu mare grijă, căci apărea şi dispărea la anumite ore din timpul zilei.

Turburări nervoase (în special: curbatura, astehnia pronunţată, tremurătura limbei, obnubilaţia, cefalalgia, delirul şi agitaţia) le-am găsit asociate sau parţial manifestate 100%.

Semnul limbei l'am găsit 100%, caracterizat printr'o limba saburală, cu marginele uscate, cu mijlocul acoperit de un strat mai mult sau mai puţin vâscos şi de culoare cafeniu-murdar prezentând adesea crăpături foarte adânci. Mai caracteristic însă bolnavul are o mare greutate în a o scoate afară din gură ca şi când ar fi lipită de fundul ei (semn pathognomonic?).

Turburările circulatorii manifestate mai ades sub forma sindromului vascular al extremităţilor descrise de Prof. D-r Danielopolu, precum şi injectarea conjonctivelor, le-am găsit prezente într'un procent de 29,6% corespunzând formelor hipertoxice din punct de vedere clinic.

Reacţia de aglutinare Weil-Felix n'am aplicat-o decât la un număr restrâns de circa 25 cazuri, căci dela Laboratorul judeţean ne parveneau rezultatele tardiv şi lipsite de control (în contrast prea isbitor cu starea clinică a bolnavului), apoi prin trimiterea serului prin poştă — prin întârzierea survenită — ni se comunica alterarea lui, iar o nouă recoltare ar fi fost imposibilă: fie că bolnavul era vindecat, fie că în urma aplicării frigului uscat, **serul sanguin inactivându-se se inactiva şi reacţia de aglutinare (?).**

CONTRIBUŢIUNI PERSONALE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

(Rugăm a se cerceta alăturatul tablou cu cele 310 observaţiuni personale).

Ar fi fost ideal să avem laborator propriu spre a face mai multe recoltări de sânge când cele luate în primele 4 zile erau negative, apoi n'am fi fost privaţi de o serie întreagă de observaţiuni, ca: numărătoarea globulelor, leucocitoza, formula leucocitară, examenul lichidului cefalo-rachidian, al urinelor şi al inactivării reacţiei Weil-Felix prin inactivarea virusului din sânge în urma tratamentului nostru. — Din cauza acestor lipsuri am avut în vedere diagnosticul clinic, cu cercetarea mai amănunţită a tuturor simptomelor şi factorul epidemic [2]).

Formele clinice. — S'au înregistrat 29,5% forme hipertoxice, 45,3% forme mijlocii, 20,7% forme uşoare şi 4,4% forme afebrile.

Curba thermică s'a păstrat în platou în perioada de stare a tifusului, variind între 38-40°, durând în medie 4 zile, după care — însoţită fidel de dyagrama pulsului — a scoborît prin lisis în alte 3 zile la normală, sub 37°, moment clinic ce corespunde dispariţiei exanthemului şi intrării bolnavului în convalescenţă. — După cum se poate vedea şi curba thermică s'a scurtat la circa 7 zile prin tratamentul cu frigul uscat asociat, faţă de tifusul clasic „de 15 zile", când temperatura atingea normala în a 15-a zi!

*) Practicarea *reacţiei Kudicke-Steuer* la patul bolnavului va obvia lipsa unui laborator. N. R. A se vedea tecnica reacţiei în M. M. R. No. 12 | 1945, pag. 105.

Convalescenţa a înregistrat o medie de 4 zile, în care timp bolnavul fiind pus la mâncare şi tonificat prin injecţii arsenicale, a putut fi reîntremat ca în maximum 10-13 zile de spitalizare să poată fi redat muncii.

Am avut un procent de 32,7% bolnavi-vindecaţi neridicaţi la timp din Spital de familii, cari ştiau că tificul trebue să zacă 30 zile în Spital (!).

Complicaţii. Printre complicaţiile avute notăm un procent **global** de 12,9% iar dintre acestea: 2,33% complicaţii pulmonare, 0,33% laringite, 0,33% miocardite, 0,33% nefrite, 2,33% otite, 1,33% parothidite, 2,33% enterite, 0,33% furonculoze, 1,66% flegmoane (după injecţii), 0,33% hemiplegii, 0,33% avorturi spontane (între a II şi a IV-a lună) şi 0,33% epilepsii redeşteptate.

In privinţa complicaţiilor am constatat, de cele mai multe ori drept cauză, indolenţa bolnavilor, dar mai ales **neglijenţa personalului subaltern** şi a însoţitoarelor. — **Insist, se va feri bolnavul de frig, răceală sau umezeală.**

La cei 10 bolnavi, cari au refuzat ghiaţa s'au înregistrat: 9 toxhemii şi 1 pneumonie, toate mortale.

După cum s'a văzut, semnalăm ca **foarte rari** complicaţiile pulmonare, cardiace şi renale; apoi sindrome, ca: delirurile, cefalalgiile, confuziile mintale şi agitaţiile. — După aplicarea gheţei şi efectului său tămăduitor, au fost mulţi bolnavi ce ne-au declarat că imediat după aplicarea ei au constatat o „senzaţie de bine", o limpezire în gândire prin ridicarea unei „poveţeli" de pe ochi! — Adăugăm că toate complicaţiile sus menţionate au fost vindecate, bolnavii în procent de 98% au părăsit Spitalul fără să poarte vre-o sequelă!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Recidive. Cu titlul de curiozitate semnalăm cazul ceferistului G. I. de 48 ani din Com. Ianca (Obs. Nr. 198 şi 246), care la interval de una lună se prezintă pentru a doua oară în serviciu, făcând de data aceasta o formă hipertoxică, prima fiind o formă mijlocie. (!?).

Mortalitatea. Prin aplicarea acestei metode de tratament mortalitatea a fost **radical** influenţată, scoborînd la un procent de 2%, susceptibil şi de o mai mare reducere prin supravegherea continuă a „conştiinciozităţii" bolnavului şi personalului de serviciu.

Mortalitatea în tifus poate ajunge astfel ca în orice maladie banală!

In tratamentul cu frigul uscat asociat am întâlnit şi câţiva sceptici, atât printre colegi cât şi printre bolnavi. Din nenorocire, aceştia din urmă, prin refuzul lor şi strecurarea vasului cu ghiaţă sub pătură după trecerea mea dela vizită, au plătit-o 100% cu viaţa, căci din 10 astfel de bolnavi — martori 9 au murit în urma toxemiei nestăvilite şi 1 cu pneumonie. (Observaţiile Nr. 24, 53, 63, 140, 167, 205, 262, 281, 287 şi 294); doi având forme mijlocii, iar opt forme hipertoxice.

Analizând acum cauza morţilor noştri, adică a celor cari au fost trataţi prin acţiunea frigului uscat asociat, **la 300 observaţiuni**

am înregistrat 6 morţi şi anume: femeia E. D. de 48 ani (Obs. Nr. 54) este o veche cardiacă şi alcoolică (după afirmaţiile soţului) moare prin miocardită cronică; bătrânul B. I. de 60 (Obs. Nr. 152), B. G. de 56 ani (Obs. Nr. 155) precum şi tânăra B. C. de 26 ani (Obs. Nr. 162) mor toţi prin infarct pulmonar în urma injecţiilor impure de urotropină amestecată [1]) — de către servitoarea(!) farmacistului (bolnav) din localitate — cu sulfat de magneziu(!?). — Femeia P. D. de 45 ani (Obs. Nr. 201) moare în urma septicemiei declarate de o parothidită şi flegmon al planşeului sub lingual, iar copilul B. N. de 12 ani (Obs. Nr. 263) moare într'un acces de epilepsie, fiind un vechi comitial (după spusele mamei sale), prin exacerbarea turburărilor nervoase provocate de toxina virusului exantematic.

Grupând acum mortalitatea generală şi cea pe vârste, ca efect în urma tratamentului nostru, avem:

Mortalitatea la 100 în tifusul exantematic	La 300 bolnavi trataţi prin frig uscat asociat	La 10 bolnavi, cari au refuzat asocierea frigului uscat
Generală	2%	100%
Pe vârste 12—39 ani	0 67%	40%
Pe vârste 43—60 ani	1,33%	60%

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Concluzii: Din rezultatele obţinute prin metoda frigului uscat asociat s'a înregistrat:

1) O înedită mortalitate de 2% în tratamentul tifusului exantematic;

2) S'a scurtat timpul de vindecare la cel mult 7 zile şi — cu convalescenţa un total de 10-13 zile de spitalizare;

3) După 6-7 zile de la internarea în Spital, — prin acest tratament —, bolnavii au fost puşi la mâncare, contribuindu-se astfel la reîntremarea lor cât mai grabnică, spre a fi redaţi mai curând în câmpul muncii;

4) Prin scurtarea timpului de vindecare s'au recuperat mii de zile de lucru, care contează — azi mai mult ca ori când — în economia naţională;

5) S'au eliberat mai devreme paturile Spitalului, fapt important pentru un Spital ca al nostru, cu numai 30 paturi bugetare, în care s'au putut trata 310 cazuri de tifus exantematic şi 1385 alte maladii, în acest interval, şi;

6) Procedeul therapeutic este ieftin şi la îndemâna oricărui medic.

---

1) Raţional. cauza acestor 3 morţi fiind în afara metodei noastre therapeutice, trebuiesc scoşi din mortalitatea generală de 2% revenind la procentul *real de numai 1% mortalitate în tifusul exantematic prin aplicarea frigului uscat asociat!*

Incontestabil, trebue recunoscut acţiunei frigului uscat asociat un rol de factor hotărîtor în tratamentul tifusului exantematic şi poate — cu vremea şi în alte maladii infecţioase; căci nu se poate admite ca într'o epidemie severă ca aceasta, luând în considerare: întârzierea depistării cazurilor, prin lipsa personalului sanitar pe teren, a mijloacelor tardive de transport şi mai ales a subnutriţiei populaţiei, să avem — totuşi — numai o atât de mică mortalitate, fără a nu-i recunoaşte **acestui factor fizic neglijat** efectul cert therapeutic. De aceia aş vrea să preconizez înfiinţarea unui **„Institut de Cryotherapie"**, în care să se poată studia, mai amănunţit, acţiunea frigului uscat din toate punctele de vedere şi în acelaş timp, aplicarea lui la o cât mai mare diversitate de maladii, ca să se poată înscrie o nouă armă therapeutică în ameliorarea suferinţei umane!

Până atunci, după ce se va verifica, — spre convingerea tuturor —, pe mii de cazuri, **dar conştiincios aplicată, cryotherapia** asociată poate rămâne un tratament de viitor în tifusul exantematic, şi ar fi deajuns, ca să se suprime împovărata mortalitate actuală, care a secerat milioane de vieţi şi acestea socotite numai în ultimele trei decenii!

BIBLIOGRAFIE

Prof. D-r D. Danielopolu :„Tifusul Exantematic", în Problema de medicină de război. (Ed. Academia de Medicină din România, 1940). — **Prof. D-r I. Bălteanu:** Idem. — **Prof. D-r D. Combiescu:** „Tifusul Exantematic", în Indrumător pentru activitatea medicilor şi studenţilor în mediul rural. (M. S. O. S., 1943). — **Conf. D-r I. Gavrilă:** „Tifusul Exantematic", în Tratat de semiologie şi patologie medicală. (Vol. 3, Haţieganu-Goia, Cluj, 1939). — **Docent D-r V. Dimitriu:** „Frigul uscat", în Mica chirurgie, Braila, 1944. — **A. Richaud şi R. Hazard:** Précis de Thérapeutique et de Pharmacologie, 1935. — **P. Savy:** Précis de pratique médicale. (Ed. G. Doin, 1932). — **Th. Tuffier şi P. Desfosses:** Petite Chirurgie pratique. (Pag. 76—79, Ed. Masson, 1921).

Clinica Ginecologică şi Obstetrică-Cluj
Director: Prof. D-r Cristea Grigoriu

INSERŢIA JOASĂ A PLACENTEI

Date statistice

de

D-r I. VINŢI şi **D-r N. MIŞCĂ**

Inserţia placentei, pe segmentul inferior este una din complicaţiile cele mai de temut, care poate da naştere la hemoragii foarte grave, ameninţând atât viaţa fătului cât şi a mamei (T. Popovici).

Am crezut util să culegem şi să prelucrăm cazurile de inserţie

joasă a placentei, pentru a vedea: frecvenţa lor, raportul cu vârsta, paritatea, prezentaţia, evoluţia pentru mamă şi făt precum şi cum au fost rezolvate cazurile.

Datele noastre le-am cules după foile de observaţie ale Clinicei Ginecologice şi Obstetricale din Cluj pe ultimii 10 ani. Diagnosticul de placentă jos inseraţă s'a pus de fiecare dată ţinând seamă pe lângă simptomatologia clinică şi de examenul intern (tuşeul vaginal).

Am împărţit aşa cum de altfel este clasificată inserţia joasă de placentă în patru categorii: laterală, marginală, parţial centrală şi total centrală, deşi unii autori o împart numai în centrală şi laterală.

Prin placentă inserată jos, pe segmentul inferior, înţelegem starea patologică în care placenta se inseră pe treimea inferioară a uterului, aşa numita „zonă periculoasă a lui Barnes". Această zonă se desvoltă din istmul uterului şi pe uterul la termen ea are o înălţime de 8-10 cm., fiind limitată în jos de orificiul intern al canalului cervical iar în sus de inelul lui Bandl deci limita între porţiunea groasă, musculară a uterului şi orificiul intern al canalului cervical (Demelin, Pankow).

Această zonă cu pereţii mai subţiri şi cu o reţea vasculară săracă, face ca placenta inserată aci să difere de cea normală, ea va fi mai întinsă, mai subţire cu o grosime diferită şi cu un contur inegal şi de multe ori bilobată. Aderenţa de peretele uterin este mai pronunţată şi vilozităţile coriale pătrund adânc în peretele uterin din care cauză rupturile se pot produce mai uşor. Peretele segmentului este sărac în fibre elastice şi musculare, contractilitatea lui mică face ca hemoragiile la acest nivel să fie abundente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Modul de producere al hemoragiilor este diferit interpretat de autori, cauza este însă aceiaşi, deslipirea parţială a placentei în ultimele luni.

Jacquemier crede că deslipirea se datoreşte lipsei de paralelism în creşterea uterului pe de o parte şi a placentei pe de alta, mai ales în ultimele trei luni. De fapt în ultimele luni uterul respectiv segmentul inferior se desvoltă într'un ritm mai pronunţat ca placenta, fapt care ar cauza deslipirea şi hemoragia.

Schröder acuză contracţiile uterului din ultimele trei luni. Aceste contracţii tot mai dese în ultimele luni la o inserţie normală trag în sus segmentul inferior şi-l fac să alunece pe suprafaţa fătului graţie unui clivaj în grosimea caducei. Când placenta se inseră jos, atunci clivajul se face la nivelul caducei interutero-placentare din care cauză se produc deslipiri.

Pinard are explicaţia cea mai plauzibilă spunând că: contracţiile din ultimile trei luni fac să crească presiunea intrauterină şi membranele polului inferior fetal sunt împinse în jos, trăgând de marginile placentei. Dacă placenta este inserată normal pe segmentul mijlociu, elasticitatea membranelor face ca tracţiunile să se exercite pe o mare înălţime şi pe ambele laturi ale uterului, fără să se deslipească placenta. Din contră când ea se inseră jos, tracţiunile se exercită mai puternic pe marginea apropiată pe care o deslipeşte în parte (Săvulescu).

In etiologia placentei inserată jos s'au acuzat leziunile de en-

dometrită frecvente la multipare şi primipare în vârstă. Prezenţa unui strat gros de mucus, contracţiile puternice ale uterului în faza când se face nidaţia şi cari alungă oul în partea inferioară. Alunecarea oului ar fi favorizată şi de absenţa vâscozităţii normale sau absenţa facultăţii de a eroda decidua, facultate pe care o are trofoblastul, şi graţie căruia se fixează (Bumm).

Cu privire la patogenia placentei inserată jos Hofmeier crede că, vilozităţile coriale cari se inseră pe caduca reflectată în loc să se atrofieze ca de obiceiu, persistă şi atunci când ea se uneşte cu caduca bazală trec şi se fixează pe caduca uterină la nivelul istmului.

Simptomatologia placentei inserată jos este dominată de hemoragiile din ultimele luni şi mai ales din ultimele săptămâni, hemoragii cari nu pot fi puse în legătură cu alte simptome, aparent fără niciun motiv. Hemoragia poate fi unică, de obiceiu se repetă din ce în ce mai abundentă cu un sânge roşu fără chiaguri. — Membranele se pot rupe prematur, acomodarea este împiedecată şi se pot forma prezentaţiile vicicase.

Tratamentul. Tamponarea vaginului este necesară în fiecare formă. In formele ce cer urgenţă pentru a nu pune viaţa mamei în pericol, prin hemoragie mare, se face după caz: balon cu versiune internă, dilataţie după Bonaire, forceps, iar dintre metodele chirurgicale operatorii, cezariana.

A. Frecvenţa cazurilor de inserţie joasă a placentei raportată la 100 naşteri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANUL	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1941	1942	1943	1944
No. naşterilor	438	474	589	625	769	560	499	374	478	444
No. cazurilor	2	1	8	4	4	2	3	9	3	0
Proporţia la 100 cazuri	0,5%	0,2%	1,3%	0,3%	0,5%	0,3%	0,6%	2,4%	0,6%	0

Totalul naşterilor	5260	Totalul cazurilor	36	Proporţia la total	0,7%

Se observă o frecvenţă minimă de 0,3% şi una maximă de 2,4% iar proporţia generală este de 0,7%. Anul cu frecvenţa maximă a fost 1942 la Sibiu.

Am căutat să comparăm datele găsite de noi cu acele ale altor autori servindu-ne mai mult de datele găsite în articolul D-rilor Niţescu, Iscu, şi Constantinescu, publicat în Rev. de Obstetrică, Ginecologie şi puericultură. Dăm în tabloul No. 2 datele comparative găsite de diferiţi autori.

Provenienţa datelor	Proporţia la 100 naşteri
Statistica Bavariei	0,14%
Charpentier	0,09-0,5%
E. Pupel	0,9%
I. Toth	0,9%
Schwitzer	0,6%
Kastendick	2,98%
Inst. Obstetric Buc.	1,18%
Hogler	0,8%
Clinica Ginec. şi Obst. Cluj	0,6%

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Comparând datele observăm că procentul maxim l'a găsit Kastendick şi anume 2,98%, mult mai mare ca al altor cercetători şi poate fi socotit cu drept cuvânt un procent record. Procentajul cel mai mic este al lui Charpentier apoi Scwitzner şi al nostru. In ţară la noi procentajul găsit la Inst. Clin. Obst. este aproape dublu faţă de al nostru.

B. Diferitele varietăţi de placentă jos inserată procentajul de 100 cazuri.

	Clinica Cluj	Inst. obst. Buc.	Gharpentier	Müller
Laterală	13%	12%	67%	49%
Marginală	58%	31%		
Parţial centrală	24%	41%	33%	51%
Total centrală	5%	14%		

Comparând datele din tablou noi găsim o mai mare frecvenţă a inserţiei latero marginale şi ne apropiem de datele lui Charpentier spre deosebire de Institutul Clinico-Obstetrical ca şi Muller cari găsesc o predominenţă a inserţiilor centrale faţă de cele marginale, 56% faţă de 49%.

Aci trebue să notăm că frecvenţa cazurilor de inserţie marginală este mult mai mare. Fabre dă 60-65%. Sunt multe cazuri de inserţie laterală, în care naşterea decurge normal şi pe care le constatăm dacă examinăm placenta şi membranele după expulsia lor. In 25%, orificiul de ieşire al fătului se găseşte la mai puţin de 8-10 cm. de marginea placentei, ori aceasta înseamnă că placenta a fost inserată parţial pe segmentul inferior, fără să se manifeste prin hemoragii (Săvulescu).

C. Placenta inserată pe segmentul inferior în raport cu vârsta sarcinei.

Placenta inserată pe segmentul inferior este întotdeauna un pericol pentru sarcină şi de multe ori cu toate încercările de a duce sarcina la termen sau cât mai aproape de termen nu reuşim din cauza hemoragiilor tot mai ameninţătoare.

Am găsit totuşi un număr mare de sarcini cu placentă jos inserată în luna a IX-a şi la termen, 62%. Sarcini duse până în luna a VIII-a 19% şi până în luna a VII-a 19%. Nu putem să le comparăm decât cu cele găsite în Institutul Obstetric Bucureşti, unde au găsit: 56% în luna a IX-a; 28% în luna a VIII-a şi 15% în luna a VII-a.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D. Inserţia joasă de placentă în raport cu vârsta femeii.

Vârsta femeii	Clinica Cluj	Inst. obst. Buc.	Charpentier
0—25 ani	2%	22%	22%
26—30 „	22%	35%	14%
31—36 „	27%	18%	29%
36—	48%	23%	11%

Din datele găsite de noi observăm o creştere progresivă a cazurilor de inserţie joasă în raport cu vârsta femeii.

E. Inserţia joasă a placentei şi paritatea.

	Clin. ginec. Cluj	Inst. clin. obst Buc.	Charpentier
Primipare	10%	14%	19%
Secundipare	16%	24%	16%
Terţipare	14%	15%	10%
Multipare	60%	40%	51%

S'a acuzat multiparitatea ca una din cauzele principale ale inserţiei joase de placentă, fapt care reese din datele tuturor autorilor.

Din datele noastre se observă clar cum frecvenţa cazurilor de inserţie joasă cresc pe măsură ce creşte paritatea. Charpentier a studiat 691 cazuri de inserţie joasă şi găseşte un mare procent la multipare.

F. Prezentaţia fătului în cazurile de placentă inserată jos.

Prezentaţia	Clin. gin. Buc.	Inst. obst. Buc.	Charpentier	Toth	Bumm
Craniană	77%	67%	66%	81%	96%
Transversă	13%	17%	24%	9%	0.5%
Pelviană	10%	16%	9%	9%	3%

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate datele din tabloul de mai sus arată o mare preponderenţă a cazurilor cu prezentaţie craniană în cazurile de placentă previa fapt care nu este totdeauna fericit.

Procentul mare de prezentaţii transverse se explică tocmai prin inserţia joasă de placentă care împiedică aşezările normale.

G. Rezolvarea cazurilor.

In Clinica Ginecologică din Cluj, cazurile de inserţie joasă a placentei au fost rezolvate după cum urmează: în 37% din cazuri s'a făcut versiune şi ajutor manual, în 26% balon pentru dilatare şi apoi versiune, iar în 13% din cazuri s'a făcut operaţie cezariană.

H. Prognosticul pentru mamă şi făt.

	Cluj	Inst Clin. Buc.	Hegler	Schwitzer	Charpentier
Moartea mamei	8%	14%	6%	9%	24%
Moartea fătului	37%	39%	57%	57%	64%

Este constatarea cea mai tristă, placenta inserată pe segmentul inferior face ca un număr mare de femei să îndure suferinţe şi adeseori să-şi sacrifice viaţa în îndeplinirea celei mai nobile misiuni ce o au, aceia de perpetuare a speciei. Mortalitatea pentru mamă este de 6-24% iar pentru făt ea este de 39%-64%.

Noi ne situăm printre statisticele cu cea mai mică mortalitate pentru mamă de 8% şi cea mai mică pentru făt de 37%.

Concluzii:

a) Inserţia placentei pe segmentul inferior, în Clinica Ginecologică şi Obsttetricală din Clui apare la 0,7% din cazuri, şi este mult mai redusă în comparaţie cu a altor statistici. Nu se observă dealungul anilor o tendinţă de scădere a cazurilor.

b) Inserţiile latero-marginale sunt mai frecvente ca cele centrale.

c) Raportată la vârsta sarcinei se constată că majoritatea cazurilor ajung la termen sau aproape de termen, iar raportată la vârsta femeii şi paritate se confirmă constatarea veche că este mai frecventă la multipare şi primipare în vârstă justificând cauza etiologică-inflamaţiile, leziuni endometriale mai frecvente la femeile înaintate în vârstă şi la multipare.

d) Prognosticul pentru mamă şi mai ales pentru făt rămâne nefavorabil într'un mare număr de cazuri.

Aci credem că unii din factorii cari colaborează ar putea fi ameliorati. Sunt încă multe femei cari nu cer sprijinul medicului decât atunci când este prea târziu - când chiar dacă hemoragia poate fi oprită şi cavitatea uterină evacuată, infecţia se instalează uşor. Şi tot puţine şi îndepărtate sunt şi centrele unde medicul, bine pregătit şi utilat să poată rezolva cazurile. Două treimi din femei mor prin hemoragie şi o treime prin infecţii.

Dacă ocrotirea preconcepţională este încă greu de realizat pentru marile mase, ocrotirea prenatală este posibilă cu actualul aparat sanitar. Sora de ocrotire atunci când va fi peste tot şi moaşa diplomată bine instruită, pot depista cazurile şi apreciind gravitatea lor să le îndrepte la istituţia în măsură să le dea ajutorul necesar.

Spitalul „Sf. Spiridon" Iaşi
Clinica terapeutică

POSTUL PRELUNGIT CA METODA DE TRATAMENT

de

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

Partea II-a

Un individ supus curei de post prelungit, prezintă un anumit tablou simptomatologic, datorită carenţei alimentare. Simptomele cele mai evidente sunt cele subiective, dominate toate de exagerarea sénzaţiei de foame. Această senzaţie domină starea psihică a bolnavului

în primele 3-4 zile. Apoi foamea începe să dispară, cura putând decurge în condiţii destul de mulţumitoare. Medicul ce conduce un asemenea tratament, trebue să cunoască bine apariţia eventualelor tulburări şi să stăpânească bolnavul din punct de vedere psihic, în primele zile ale curei. Cura de post numai atunci va da rezultate bune, când este acceptată voluntar şi când bolnavul are încredere în ea.

In cazurile contrarii, măsurile de control nu dau nici un rezultat. Autori cu o îndelungată experienţă în aplicarea curei de post, recomandă ca bolnavul să stea singur în camera de spitalizare.

Se poate face cura de post şi în saloanele de spital, comune, însă în acest caz, trebue să existe o atmosferă favorabilă postului.

In afară de simptomul dominant, caracterizat prin o senzaţie persistentă de foame, unii bolnavi acuză o stare de slăbiciune, nelinişte, insomnie, dureri de cap, tachicardie. La persoanele în vârstă, la menopauză, obeze, poate apare o stare melancolică trecătoare. Aceasta stare nu durează prea mult, fenomenele liniştindu-se în ziua a 4-a sau a 5-a.

Limba se acoperă după a 3-a a 4-a zi de post, cu un depozit gros, albicios, rău mirositor, care se curăţă către sfârşitul curei.

Acest depozit se depune şi pe faţa posterioară a dinţilor. Mirosul gurei poate atinge la unii bolnavi, un grad deosebit de fetiditate.

Din această cauză, este necesar o îngrijire atentă a dinţilor şi a cavităţii bucale.

Secreţia sudorală este redusă, atunci când se provoacă o secreţie sudorală., transpiraţia devine abondentă, având un miros puternic, datorită acizilor graşi volatili.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La nivelul pielei modificările se manifestă printr o scădere a elasticităţii tegumentelor, din cauza scăderei turgescenţei pielei.

Acest fapt s'a dovedit prin măsurătorile cu ajutorul elastometrului.

Urina este eliminată în mică cantitate, la bolnavii supuşi postului şi care n'au o retenţie de lichide în organism. Obişnuit cantitatea de urină este de 300—400 gr. zilnic. In maladiile unde metabolismul apei este tulburat, la cei cu retenţie de lichide, edeme, la cardiacii decompensaţi, la renali, etc., cantitatea de urină creşte în mod impresionant.

Scaunul este în mică cantitate. Unii bolnavi au scaunul regulat, dar adesea se observă o tendinţă către constipaţie, fiind nevoe de un evacuant salin.

Postul are o influenţă deosebită asupra aparatului circulator. Deobicei cele mai caracteristice simptome sunt: scăderea frequenţei pulsului şi scăderea tensiunei arteriale. Aceste simptome sunt datorite unui tonus crescut al nervului vag. Frequenţa pulsului, după cum am observat şi noi, scade în jurul cifrei de 60 bătăi pe minut. Tensiunea arterială sistolică şi diastolică, scade atât la indivizii cu o tensiune arterială normală, cât şi la cei ce suffăr de hipertensiune.

Observaţiile lui H. E. Mayer arată că în perioada ce urmează imediat postului, dacă se administrează albumine, creşte atât frequenţa pulsului, cât şi valorile tensiunei arteriale. După acelaş autor, la in-

divizii normali, apar şi unele modificări electrocardiografice ce constau în alungirea spaţiului Q-T, datorită unui parcurs mai lent a excitaţiei în timpul postului.

Nu se poate preciza dacă această alungire a spaţiului Q-T este datorită influenţelor nervoase sau unei turburări de nutriţie în miocard. Unda T, poate să fie uşor aplatisată, la sfârşitul postului. Modificări importante s'au observat după 3 săptămâni de post. La individul supus unui efort, apare o puternică aplatisare a undei terminale T, ce după 3 minute rămâne nemodificată. După acelaşi efort spaţiului S-T este scoborît sub linia izoelectrică.

Aceste fenomene dispar după întreruperea postului.

Temperatura nu este o contraindicaţie în aplicarea postului. S'a observat că în unele maladii subfebrile, temperatura poate ceda după câteva zile de post.

Greutatea corporală este influenţată de mai mulţi factori: cantitatea de lichid ingerată, conţinutul în apă şi minerale a organismului, factorii constituţionali precum şi activitatea zilnică ce o are cel ce posteşte. Scăderea greutăţii corporale medii, la indivizii fără reţenţii de lichide, este în prima săptămână între 300 şi 600 gr. zilnic. Când eliminarea apei este mare, greutatea poate scădea până la un kg. zilnic. Scăderea greutăţii diminuă după prima săptămână de post, atingând o valoare ce se menţine constantă. S'a observat cazuri când greutatea poate scădea brusc între a 6-a şi a 11-a zi de post. In alte cazuri, scăderea în greutate se face foarte încet. Afară de simptomele descrise mai sus, pe care le observăm obicinuit la cei supuşi curei de post, se mai observă uneori după o perioadă de post mai lungă sau mai scurtă, o puternică reacţiune din partea organismului, aşa numita „criză de vindecare".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După Brauchle aceasta se manifestă prin oboseală, cefalee, transpiraţii abondente, diaree, erupţii cutanate, urini tulburi şi febră. Apariţia acestei crize, presupune o trecere a substanţelor cu acţiune toxică ce se găseau reţinute în ţesuturi, în sânge; deci un proces de desinfoxicare.

In timpul postului ar apărea în sânge, substanţe toxice provenite din metabolism sau substanţe care au fost depozitate în ţesuturi (mercurul, iodul, nicotina, etc..), toate acestea prin eliminare sunt făcute inofensive pentru organism.

Problema repausului şi a mişcărei. Inainte vreme, opinia majorităţii autorilor, era că în timpul postului, bolnavul trebuia să stea în repaus pentru a nu-şi mai consuma din resursele energetice. Schenk a observat că mişcarea făcută în timpul postului, îndepărtează senzaţia de foame. Postitorii, cari păstrează repausul prelungit au o senzaţie de slăbiciune mult mai accentuată decât la cei ce fac mişcare. Astăzi, în timpul unei cure de post, mişcarea nu este interzisă bolnavilor. Se recomandă mici plimbări în aer liber sau gimnastică uşoară. De obiceiu la început, în primele zile, până când bolnavul se adaptează la post şi la sfârşitul curei, când prezintă un oarecare grad de slăbiciune, se recomandă repausul la pat. După amiază, bolnavii cărora nu le este interzisă mişcarea, vor păstra un repaos 2-3 ore.

Repausul la pat în tot timpul verei, este recomandat bolnavilor a căror stare nu le poate permite mişcarea. De ex: decompensaţii, febrilii, etc..

Afară de aceasta, se recomandă băile de aer şi soare, masajul, periajul, băi de curăţenie corporală zilnice, hidroterapia. Se recomandă împachetările fierbinţi la nivelul abdomenului, cuprinzând ficatul şi rinichii, pentru a excita funcţia de secreţie a acestor glande.

Durata postului. Se socoteşte că cea mai redusă cură de post, durează o săptămână, iar cea mai lungă nu trebue să depăşească trei săptămâni. Continuarea postului peste acest din urmă termen, duce la grave tulburări în organism.

In general, rezultatele cele mai bune, se obţin cu o cură de post ce durează între 10-16 zile.

Trecerea dela post la alimentaţia obişnuită, se va face treptat. Trecerea bruscă poate duce la tulburări periculoase, care pot compromite tot succesul terapeutic.

Buchinger recomandă în primele două zile după post, o alimentaţie foarte redusă, ce se compune din puţine fructe crude, două-trei felii de pâne uscată şi o porţie de supă de cartofi, fără sare.

Bolnavul va sta în repaus după masă, deoarece digestia cât şi activitatea musculară, cer un efort prea mare din partea organismului. Va urma apoi la un regim de cruditâţi vegetale, după care bolnavul va trece la o alimentaţie obişnuită.

Un fapt important, este suprimarea sărei din alimentaţie, un timp mai îndelungat, deoarece sarea poate favoriza apariţia edemelor.

Administrarea medicamentelor în post. Majoritatea autorilor, ce utilizează metoda postului prelungit nu recomandă administrarea de medicamente. Totuşi, se pot prescrie bolnavilor unele medicamente. Până acuma, acţiunea medicamentelor asupra organismului supus postului nu este cunoscută decât într'o mică măsură.

Schenk şi Meyer cred că reacţiunea organismului supus foamei, faţă de medicamente, ar prezenta intense modificări, în comparaţie cu organismul normal. Efetonina, de exemplu, are o acţiune mult mai puternică la cei ce postesc, decât la indivizii normali.

Buchinger arată că tratamentul cu mercur, făcut în sifilis, acţionează mai intens la cei ce postesc.

Alperns dovedeşte experimental pe animale supuse postului, că medicamentele vasoconstrictoare au o acţiune mai scăzută decât la animalele hrănite normal, în timp ce medicamentele vasodilatatoare reacţionează exact invers.

In timpul postului, se pot administra săruri de brom şi valeriana la bolnavii ce sufăr de insomnie şi la cei cu o stare de excitaţie deosebită. In insuficienţa cardiacă, când este absolută nevoe, se administrează şi digitala. Se pot prescrie şi alte medicamente, de oarece metoda postului nu exclude administrarea medicamentelor cu adevărat utile.

Indicaţiile postului prelungit sunt multiple. Nu este mai puţin adevărat, că s'a abuzat de această metodă, fiind încercată de către adepţii terapiei naturiste, în cele mai diferite afecţiuni. Este lesne

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de înţeles, că nu va putea fi vorba de aplicarea postului, în afecţiunile tumorale, în tuberculoză, în caşexii, în tireotoxicoza gravă, în maladiile psihice şi în alte multe maladii, cu intense tulburări metabolice.

Afecţiunile, care beneficiază într'o măsură deosebită de această metodă terapeutică, sunt cele cardiace, în stadiu de decompensare. Kienle a arătat acţiunea favorabilă a postului, asupra leziunilor miocardiace, cu ajutorul metodei electrocardiografice. Repausul şi postul cu zile de legume şi fructe crude sunt factorii cei mai importanţi în tratamentul insuficienţii cardiace. Astăzi, un mare număr de clinicieni tratează la început, insuficienţa cardiacă, cu repaus şi post.

Numai într'un stadiu mai tardiv şi atunci când sunt absolut necesari se vor administra corpii digitalici. Faptul important, care nu trebue uitat de nici un clinician sau terapeut, este, că tratamentul cu post al insuficienţii cardiace are o valoare superioară sau cel puţin egală, metodelor medicamentoase.

In cazurile când tratamentul cu strofantină sau digitală nu mai dă rezultate, prin cura de post se pot obţine ameliorări. Edemele dispar, îndepărtându-se din organism mari cantităţi de lichide, iar greutatea bolnavului scade, uneori cu câte 2—6 kgr. zilnic.

Rezultate deosebit de satisfăcătoare s'au observat în insuficienţa coronariană, în unele aritmii şi în tachicardia paroxistică de origină coronariană.

Postul cu zeamă de cruditâţi este indicat în tulburările vasculare de natură spastică. Cercetările făcute cu ajutorul capilaroscopului arată că spasmele localizate la nivelul capilarelor, se modifică sub influenţa postului, în sensul dispariţiei acestor spasme şi a îmbunătăţirei circulaţiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Concepţia lui Volhard că glomerulo-nefrita difuză acută este datorită tulburărilor circulatorii, ce se manifestă printr'un angiospasm la nivelul arteriolelor glomerulare, angiospasm care duce la o ischemie renală, şi că din cauza tulburărilor circulatorii renale iau naştere substanţe cu efect presor, ce duc la o vasoconstricţie generală, îşi găseşte, în cura de post prelungită, una din metodele de tratament cele mai indicate.

Rezultatele admirabile obţinute prin cura de foame şi de sete a lui Volhard, fac ca această metodă să fie utilizată în tratamentul glomerulo nefritei difuze acute.

Pseudo uremia acută (forma eclamptică) şi tulburările vasculare din scleroza renală benignă beneficiază de tratamentul prin cura de post prelungit.

In ceia ce priveşte glomerulo-nefrita difuză cronică, afecţiune de care ne-am ocupat în mod deosebit, pe un număr mai mare de cazuri, aplicând cura de post prelungit cu zeamă de compot, timp de 12—14 zile şi care va face obiectul unei lucrări detailate, ne-am putut convinge de rezultatele încurajatoare a acestei metode.

Hipertensiunea arterială esenţială este influenţată favorabil de post. Fenomenele obiective, manifestate prin stări angiospastice şi procese de retinită angiospastică, se pot ameliora. Valorile presiunei

sistolice şi diastolice scad în timpul curei de post. Nu vom obţine ameliorări atunci când există o gravă insuficienţă renală sau o hipertensiune palidă.

O altă categorie de afecţiuni, care beneficiază de această metodă de tratament, sunt maladiile de nutriţie în general şi obezitatea în special. Când cauzele exogene sunt determinantele acestei din urmă tulburări de metabolism, rezultatele postului sunt din cele mai bune, Obezitatea constituţională, tireogenă, hipofizară, distrofia adiposo-genitală vor fi greu influenţate prin post.

Allen şi Joslin, înainte de epoca insulinică, tratau diabetul zaharat prin post. In gută, în litiaza biliară şi renală se obţin uneori rezultate prin această metodă.

S'a încercat aplicarea acestui tratament şi în maladiile alergice. Astmul bronchial, rinita alergică, colica mucoasă, exema şi migrena alergică se ameliorează sau se vindecă, prin faptul că postul cu compot sau cruditâţi nu conţine alergene. Probabil că un rol deosebit îl au fenomenele de desensibilizare nespecifică. In astm, postul are o acţiune favorabilă asupra musculaturei netede bronchiale îndepărtând spasmul dela nivelul acestei musculaturi.

Maladiile tubului digestiv beneficiază de tratamentul cu post prin faptul că în timpul postului, se obţine o crutare, ce interesează organele digestive, astfel că aceste organe se pot repauza şi vindeca. C. von Noorden recomanda postul în unele afecţiuni ale tubului digestiv.

Dintre maladiile tubului digestiv, care beneficiază de tratamentul cu post prelungit sunt: ulcerul gastric şi duodenal, constipaţia cronică cu fenomene de autointoxicaţie intestinală, colita acută şi cronică, sindromul lui Roemheld, dispepsiile cronice de fermentaţie şi cele de putrefacţie. La fel, unele afecţiuni ale ficatului şi a veziculei biliare.

In artritele infecţioase, reumatismul articular cronic şi artropatiile deformante se obţin uneori rezultate favorabile prin cura de post prelungit.

Se recomandă postul cu bune rezultate şi în maladiile infecţioase, datorită faptului, că în timpul postului creşte puterea bactericidă şi proprietăţile imuno biologice ale serului sanguin.

Brauchle: Handbuch der Natur-Heilkunde — Leipzig 1942. — **Grote:** Das Fasten als klinisches Behandlungsverfahren. Neue Deut. Cl. Bd. 14 S. 695. — **Grote:** Wirkungen der Fastenbehandlung, Deut. Med. Woch. 1939. S. 1733. — **Grote:** Diatetik bei Herz und Gefaskrankheiten. M. Med. Woch. 1935 S. 1351. — **Grote:** Der Einfluss des Fastens auf den Stoffwechsel. Stoffwechsel erkrankungen 1940 B. 2 S. 92. — **Buchinger:** Das Heilfasten. Hippokrates Verlag 1935. — **Brauchle:** Naturheilkunde des praktischen Arztes. Hipokrates-verlag 1939. — **Brauchle:** Allgemeinwirkungen der Rohkost. Stoffwechsel. B. 2 S. 83 1940. — **H. Bottenberg:** Naturheilbehandlung in der Algemeinpraxis. Klin. Fort. Bd. 6 S. 410. — **H. Bottenberg** und **Meyer:** Fastenkuren in der Allgemeinpraxis. Hipokr. Verlag 1939. — **W. Eisenberg:** Grenzen und klippendes. Fastens. M. M. Woch. 1935 S. 1441. — **Schenk** und **H. Meyer:** Das Fasten — Hipokr. Verlag 1938. — **G. Moschinski:** Praktische Erfahrungen in der Behandlung von Herzkranken mit Obstsaftkuren. Deut. Med. Woch 1939. S. 1565. — **H. E. Meyer:** Grundlagen der Fastbehandlung Klin. Woch. 1939 S. 834. —

BCU Cluj / Central University Library Cluj

W. Arnoldi: Fastenkuren und Fastentage. Deut. Med. Woch. S. 1309. 1927. — W. **Heupke:** Die Bedeutung des Obstes fur den Gesunden und Kranken. Deutch. Med. Woch. 1936. S. 1077. — **E. Grafe:** Der Stoffwechsel bei Anomalien der Nahrungszufuhr. (Hand. der Norm. u. Pat. Phiz. Bethe Bergmann. B. 5, 212). — **W. Kollath:** Zellstoffwechsel und diatetische Therapie. Stoffvechselerkrankungen. B. 2. S. 92. 1940. — **G. Riedlin:** Fastenkuren und Lebenskraft. 4 Auf. Berlin 1924.

Le jeûne, considéré comme méthode thérapeutique, a acquis ces dernières années une base scientifique, grâce aux recherches des physiologistes et aux observations cliniques qui ont mis en évidence les modifications du métabolisme qui se passent dans l'organisme pendant le jeûne.

Le traitement le plus employé aujourd'hui, utilise la méthode du jeûne prolongé durant 10-15 jours, le malade ne recevant pour toute alimentation qu'une certaine quantité de liquides variant entre 700 et 750 gr.

Le jeûne peut être:

1. au thé
2. au jus de compotes
3. aux sucs de fruits et de légumes crus.

Le jeune aux sucs de erudités est utilisé par la majorité des auteurs, recommandant le jus des fruits et des légumes que le malade préfère et que la saison permet.

— Le passage du jeûne à l'alimentation doit se faire graduellement.

— Indications du jeûne:

Afections cardiaques: (insuffisance cardiaque non compensée, insuffisance coronairienne etc)).

Affections rénales: glomérulo-néphrite diffuse aiguë, glomérulo-néphrite difuse chronique, sclérose rénale bénigne, pseude urémie aiguë.

Hypertension artérielle essentielle.

Maladies de la nutrition: obésité, diabète, lithiase biliaire, lithiase rénale:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Maladies allergiques: asthme bronchial, rhinite allergique, colique muqueuse, eczéma et migraine allergique.

Maladies du tube digestif: ulcère gastrique et duodénal, constipation chronique, colites, dyspepsies chroniques.

Maladies infectieuses et certains rhumatismes.

Cazuri clinice

Institutul de Anatomie Patologică-Cluj

RECTITA ŞI PERIRECTITA INFILTRATIVĂ IN GRANULOMATOZA VENERIANĂ (BOALA LUI NICOLAS-FAVRE)

de

Prof. D-r TITU VASILIU şi **D-r TACHE COSTACHE**

Copyright © Romanian Academy Publishing House

In România, boala lui Nicolas-Favre este întâlnită destul de des mai cu seamă formele veneriene, făcând subiectul a mai multor studii şi publicaţii. Experimental şi din punct de vedere etiologic s'au ocupat în special Ionescu-Mihăeşti, Mesrobeanu, St. Nicolau şi colaboratorii lor dela Institutul Cantacuzino. Cu sindromul rectitelor s'au ocupat V. Dimitriu şi Stoia I., iar la Cluj acesta este primul caz studiat ce se comunică.

Este vorba de o femeie în vârstă de 49 ani, ţărancă, casnică, din jud. Cluj, internată în Clinica Medicală I-a (Prof. D-r I. Haţieganu) şi apoi transpusă pentru operaţie în Clinica Chirurgicală (Prof. D-r Pop Al.), cu diagnosticul de **Tumoră abdominală.** In antecedentele personale nu sunt boale infecto-contagioase şi nici venerice. Menstruată neregulat la intervale mai mici, în cantitate mai mare.

Boala actuală datează de un an şi jumătate, debutând cu dureri abdominale difuze, însoţite de scaune diareice, câte 6 pe zi. Durerile apăreau independent de alimentaţie. Această stare ţine un an de zile, ca din luna Aprilie 1945, scaunele să devină mai dese, lichide, sanghinolente, precedate de crampe şi ghiorăituri, însoţite şi urmate de tenesme puternice. In ultimele 2 luni, numărul scaunelor ajung la 30 pe zi. De 2 săptămâni, bolnava prezinta dureri la lojile renale, independente de durerile abdominale. Tot dela aceeaşi dată observă tumefierea picioarelor şi micţiuni frecvente. In ultimul an scade în greutate cu 30 kgr., ceeace o face să-şi întrerupă ocupaţiile. Datele clinice sunt luate din foile de observaţie a clinicilor medicală I-a (Prof. D-r I. Haţieganu) şi chirurgicală (Prof. D-r Al. Pop), pentru cari le aducem mulţumiri.

La examenul fizic se constată următoarele:

Din partea aparatului respirator nimic de remarcat. Din partea inimii suflu sistolic la mitrală şi accentuarea sgomotului II la aortă. Nu sunt modificări de ritm şi volum. **Abdomenul** cu elasticitatea păstrată. In etajul inferior, în dreapta se păstrează o tumoră de mărimea unui pumn de copil, dură, care se pierde în micul bazin. La stânga se palpează o altă tumoră, de mărimea unui pumn de adult, mai puţin dură, aderentă de ţesuturile din profunzime. Ficatul şi splina normale. Examenul ginecologic arată un cisto-rectocel şi uterul în anteversie-flexie, dur. La tuşeul rectal se găsesc deasupra ampulei rectale câteva tumorete de mărimea unor boabe de porumb. Mucoasa rectală sângerează. Examenul coprologic; scaune nefetide, lichide, cu chiaguri muco-sanghinolente, reacţie alcalină; microscopic, leucocite, hematii şi celule epiteliale descuamate. Azotul de sânge 34,38% mgr. In urină nu se găsesc produse patologice. Reacţiile B. W.. Kahn, Sachs-Witebski negative. Tensiunea arterială la internare $24^1/_2$—$11^1/_2$, ca să scadă după câteva zile la 15—$9^1/_2$. Irigoscopia cu clismă baritată pune în evidenţă deasupra ampulei rectale strâmtarea sigmei sub formă de canal îngustat, contractat, dur, care se poate prinde cu mâna pe o distanţă de 20—30 cm. Acest canal este mobil. Colonul descendent de aspect normal. Deasupra pubelui, în ultima porţiune a sigmei, în decubit dorsal se palpează o tumoră dură, care nu este fixată de sigmă, fiind uşor deplasabilă. Aspectul radiologic pledează pentru o sigmoidită retractilă cu perisigmoidită.

BCU Iasi / Central University Library Iasi

Rectoscopia: Până la 15 cm. se pătrunde uşor cu rectoscopul, rectul şi sigma având un calibru normal, iar mucoasa de culoare roşie-palidă. Dela această distanţă se constată o serie de formaţiuni papilomatoase până la mărimea unei alune, cu o extremitate liberă, fluctuentă. Sunt moi şi friabile. Hemoragie abondentă. Este un C. c. sigmoidian la limita operabilităţii.

In primele 12 zile de spitalizare, pulsul şi temperatura bolnavei s'au menţinut în limite normale. Durerile în fosa iliacă stângă şi hipogastru nu au încetat, scaunele sunt dese, moi. Este supusă unui tratament medicamentos. La 2 săptămâni începe să febriciteze, având o temperatură renitentă de 37—38,2. Se transpune Clinicei Chirurgicale, unde este supusă unei intervenţii ce constă din laparatomie paramediană stângă. In plagă se constată retracţiunea şi îngroşarea mezosigmei ce se întinde dela rect la jumătatea inferioară a descendentului. Sigma este acoperită cu franjuri groşi, sticloşi, duri, formaţi de ciucurii grăsoşi. Sigma are calibrul îngustat, făcând impresia unei sechele a unui proces inflamator sau tumoral difuz. Anexa stângă este scleroasă. Se reface peretele abdominal. După operaţie bolnava face ascensiuni febrile, pulsul accelerat, respiraţia este superficială accelerată. Dureri rectale, diarei cu 17 scaune la zi. Starea generală se alterează progresiv. Temperatura 39. Se administrează medicaţia indicată. Bolnava sucombă în colaps periferic în cea de a 8-a zi dela operaţie.

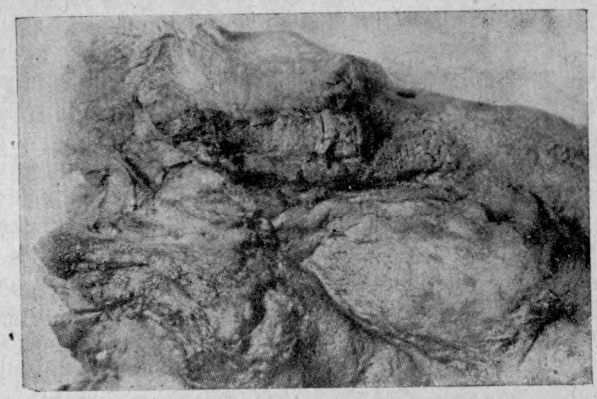
Autopsia (323/A) făcută la Institutul de Anatomie Patologică, a doua zi arată următoarele:

Aderenţe pleurale întinse la stânga. Splenizaţia ambilor lobi pulmonari inferiori. Zone hemoragice alternând cu zone de parenchim normal. In zonele hemoragice se observă trombi organizaţi, intim aderenţi de pereţii arteriolelor pulmonare. **Inima** moale, miocardul sfărâmicios, de culoarea cărnii fierte. Cavităţile ventriculare dilatate. **Ficatul,** 1800 gr., parenchimul mai gălbui, desemn lobular, capsula aderentă de peritoneul diafragmatic. **Splina,** 340 gr., intim aderentă de organele din vecinătate. Capsula se rupe la detaşare. Are culoarea roşie-brună, se rade uşor. **Rinichii,** 280 gr., au corticala mărită, gălbue, capsula se desprinde cu resturi de parenchim renal; puncte hemoragice, diferenţă evidentă de culoare între corticală şi piramide.

Ansele intestinale, sunt aderente între ele şi de perete la locul rănii operatorii, prezentând la suprafaţă depozite de fibrină. Peritoneul visceral are luciul pierdut. **Cecul, colonul ascendent şi transvers** sunt pline cu un lichid purulent galben-verzui, în cantitate de circa 1000 cmc. Mucoasa este mult ademaţiată. **Colonul descendent** dilatat în porţiunea sa superioară. Dela jumătatea inferioară a colonului descendent, la o distanţă de 40 cm. de rect, se observă o strâmtare tubulară lungă de 20 cm., ce ia aspectul unui tub rigid. Sub acest nivel există o adevărată cloacă pe o distanţă de 15 cm. ce merge până la 5 cm. deasupra anusului. Aici este o altă strâmtare sub formă de tunel, care se continuă până la orificiul anal, unde proemină o serie de polipi roşii-bruni, moi, ce es la exterior. In jurul întregei porţiuni a sigmei şi rectului, se vede un manşon de ciucuri de grăsime ce au o grosime de 3—4 cm. Peretele intestinal este îngroşat fiind mai dur. Mai multe bande retractile strâmtează intestinul din loc în loc. Pornind dela orificiul anal spre colonul descendent, vom da peste următoarele leziuni: în jurul orificiului anal polipii descrişi mai sus. Imediat deasupra orificiului anal o primă strâmtare lungă de 5 cm., cu mucoasa îngroşată, încreţită şi ulceraţiuni superficiale pe suprafaţa ei. Imediat deasupra acestei strâmtări se vede dilataţia rectului pe o lungime de 10 cm., pe a cărei mucoasă îngroşată se văd aceleaşi ulceraţiuni superficiale. Deasupra ei o nouă strâmtare sub formă de tub rigid, pe o lungime de 10 cm., cu mucoasa încreţită şi ulcerată. Dela acest nivel în sus, sigma prezintă o nouă cavitate lungă de 10 cm., la extremitatea superioară a căreia se prezintă o ultimă strâmtare sub formă de inel de circa 5 cm. lărgime. Pe toată întinderea porţiunii descrise, se vede mucoasa relativ îngroşată, ulceraţiuni superficiale ce nu pătrund prea adânc în stratele de dedesubt. Lichid purulent de aceeaşi culoare ca în cec şi colonul ascendent. Avem deci ca leziuni macroscopice stricturi, ulceraţii şi proliferaţii. Ingroşarea ţesutului peri-sigmoidian grăsos se întinde pe distanţa corespunzătoare cu întinderea leziunilor de pe suprafaţa mucoasei. **Mezenterul** este îngroşat pretutindeni, lucios şi edemaţiat. In mezenter se găsesc ganglionii măriţi, cât fasolele, pulpoşi cu dâre scleroase. **Uterul** este mic, iar trompa stângă aderentă de sigmă, însă de care se desprinde uşor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se face diagnosticul de: **Rectită şi sigmoidită ulcerată, cu stricturi şi dilataţii pline cu puroiu, perisigmoidită scleroasă şi grăsoasă. Formaţiuni condilomatoase ale mucoasei rectale. Mezenterită şi adenită.** Peritonită sub-acută. Nefrită în grad mijlociu. Stază pulmonară, cu splenizaţia lobilor pulmonari inferiori şi tromboza arteriolelor pulmonare. Ficat toxic. Intumescenţa splinei.



Examenul microscopic. In secţiunile făctue la nivelul intestinului se constată lipsa mucoasei şi o infiltraţie limfocitară şi plasmocelulară a întregului perete. Infiltraţia este făcută de focare de plasmocite şi histiocite mari. Fibrele musculare ale muscularei mucoasei sunt disecate de către această infiltraţie. Tabloul histologic este corespunzător celui din boala lui Nicolas-Favre, care nu este specific. Prin excluzie se îndepărtează tuberculoza şi sifilisul, această din urmă afecţiune, prin lipsa leziunilor vasculare şi a unei infiltraţii masive plasmocelulare. Procesele tumorale sunt de asemenea excluse.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Putem afirma, că suntem în prezenţa unei rectite infitrative produsă de agentul **Poradenitei veneriene**, numită şi **Limfogranulomatoza benignă inghinală** sau **Boala lui Nicolas-Favre**, unul din noi am propus numirea de **Granulomatoză veneriană**. De notat faptul că nu s'a prezentat elefantiaza perineului şi a organelor genitale, de care afecţiune este însoţită de cele mai multe ori. Forma este o asociaţie de ulceraţie, proliferaţie şi stenozare. Nu se poate face o presupunere asupra datei şi felului infectării, femeia fiind dintr'un mediu unde împrejurările etiologice legate de perversiuni sexuale sunt puţin probabile, totuşi contaminarea genitală, deşi rămasă neprobată, este cea mai admisibilă. Mersul puţin caracteristic de'a început, simptomele clinice, conducând la o infecţie intestinală, dizenteriformă sau tumorală, formează o particularitate clinică, demnă de subliniat boala rămânând nediagnosticată. Cantitatea de puroiu ce se scurgea din rect, umplând tot rectul, o parte din sigma, precum şi prezenţa condiloamelor, erau simptomele cele mai indicatoare. Evoluţia şi moartea

se explică prin leziunile rinichiului, ca şi în cazurile cele mai numeroase publicate de V. Dimitriu şi I. Stoia, fiind confirmate şi autopsic. In cazul relatat, este asociată şi o peritonită, explicată prin infecţiuni parcintestinale, datorită infiltraţiei profunde a peretelui intestinal.

BIBLIOGRAFIE

Banciu A., Maisler A., Katz: Rev. Rom. Urol. 1, 3, 23, 1936. — **Haţieganu I.:** Zentralbl. f. Haut. u. Geschl. kr. bd. 8, 1923, — **Ionescu-Mihăeşti, Mesrobeanu I.:** C. R. Soc. Biol. Paris, vol. 113, 1933. — **Ionescu-Mihăeşti, Mesrobeanu I., Baderescki:** Bull. Acad. Med. Paris, 1933. — **Ionescu-Mihăeşti, Ţupa,** etc.: Zentralbl. f. Haut. u. Geschl. kr., 1933. — **Ionescu-Mihăeşti, Loghin S.:** Verh. IX. intern. Kongr. Dermat., 1936. — **Prof. D-r Melczer Micloş:** Lymphogranuloma inguinale, Poradenitis, Nicolas-Favre Kor. Stb., 1938. — **Nicolau S., Banciu A.:** Annal. de Derm. et Syph. vol, 3. — **Nicolau S.:** Annal. de Derm. et Syph., 1934. — **Nicolau S.:** Annal. Mal. vener., 1934, 1935, 1936. — **Nicolau S.:** Zentralbl. f. Haut. u. Gesch. kr. bd. 51, 55, 56, — **Nicolau S.:** Vehr. IX, intern. Kongr. Dermat., 1935, 1936. — **Nicolau S.:** Bull. de la Soc. Fr. de Derm., 1935, 1936. — **V. Dimitriu** et **I. Stoia:** Les Rectites infiltratives, Masson, 1933. — **T. Pasculescu** şi **Gheorghiu:** Rectită infiltrativă şi stenozantă Nicolas-Favre, Spitalul, 1942.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ZONA BILATERALĂ
(încrucişată)

de

D-r EMIL I. BOLOGA
Medic consult. dermatovenerolog
al Policlinicei de Stat Braşov

Având în observaţia noastră un caz de zonă bilaterală, pe care am crezut de bine să o definim **Zona Incrucişată**, socotim ca utilă publicarea acestui caz, dată fiind raritatea sa cu totul excepţională.

Inainte de a da curs descrierii foii de observaţie a cazului observat de noi, credem ca necesar să rezumăm cunoştinţele actuale referitoare la această dermatoză, care prin etiologia ei este atât de interesantă.

Impreună cu herpesul febril şi cel veneric, zona (denumită de unii autori şi herpes zoster) a fost încadrată nosologic în grupa herpesului (infecţiuni neuro-dermotrope).

Privite multă vreme ca afecţiuni pur dermatologice, herpesul şi zona reprezintă în lumina cunoştinţelor actuale, localizarea cutanată a unei boli infecţioase a sistemului nervos.

A fost dovedit, că herpesul cutanat este produs de un virus filtrabil cu proprietăţi neurotrope. Originea nervoasă este susţinută în zonă de topografia specială a leziunilor pe traiectul nervilor, de leziunile histologice ale nervilor periferici, ale ganglionilor rahidieni şi cerebrali, precum şi de reacţiile din lichidul cefalo-rahidian.

Virusul zonei nu este încă cunoscut, este filtrabil, îşi are sediul în centrii nervoşi, şi nu poate fi considerat ca identic cu acela al herpesului. Boala conferă imunitate şi virusul nu este inoculabil nici la om nici la animal, apropiindu-se prin aceste proprietăţi de alte virusuri ale unor boli infecţioase. Din aceste motive zona trebue considerată ca o **dermatoviroză** (boală de piele produsă de un virus) în etiologia căreia se incrimineazâ prezenţa unui virus neurotrop. Ea a fost studiată în grupa herpesului numai din considerente clinice şi pentru realizarea unei orientări mai uşoare în clasificare.

Intr'o lucrare anterioară [1]), ocupându-se de studiul virusurilor în etiologia şi patogeneza bo'i'or de piele şi venerice, am încercat o nouă clasificare şi nomenclatură a bolilor de piele şi venerice produse de virusuri filtrabile. Astfel, am definit ca **dermatoviroze**, bolile de piele de natură virozică şi ca **veneroviroze** pe cele venerice cu o etiologie similară. In ceeace priveşte clasificarea acestor dermatoviroze şi veneroviroze, după o prealabilă consultare a clasificărilor anterioare date de diferiţii autori de specialitate, am ajuns la o nouă clasificare a acestor boli (loc. cit. pag. 2).

După această clasificare, în grupa herpesului (infecţiuni neurodermotrope) intră:

1. Herpesul febril (cutanat). 2. Herpesul veneric (genital). 3. Zona (herpes zoster).

Am preferat termenul de herpes genital cu acela de herpes veneric, bazându-ne pe o serie de considerente şi observaţiuni, dintre care amintim pe cele mai importante:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

— Frecvenţa localizării genitale a herpesului mai ales în epoca vieţii genitale.

— Raritatea extremă a acestei localizări la copil, şi virgine.

— Posibilitatea de transmisiune prin contact sexual (Milian: Rev. fr. Dermat. 7,534 (1931).

— Cazurile de infecţie concomitentă de herpes şi sifilis, observate şi publicate de Milian.

— Epidemiile de herpes genital semnalate de Audry.

— Inoculabilitatea conţinutului veziculelor proaspete pe pielea omului şi inocularea pozitivă de material de herpes veneric pe corneea de iepure după Baum.

— Rezultatele experimentale ale lui Lipschütz (Handbuch der path. Mikroorg. vol. VIII, 1913), care reuşeşte să inoculeze la om material de herpes veneric, să îl treacă la o altă persoană şi dela aceasta pe corneea de iepure.

— Ipoteza că unii indivizi ar fi purtători ai parazitului, care rămâne în sfera genitală mult timp în stare latentă.

— Susţinerea de către mulţi autori, a unui dualism între virusul febril (cutanat) şi cel veneric.

— Şi, definiţia pe care Besnier o dă herpesului genital, numit

*) D-r Emil I. Bologa: Virusurile în etiologia şi patogeneza bolilor de piele şi venerice. Dermatoviroze — Veneroviroze. Tip. Cartea Românească Cluj, 1945, 158 pagini.

de către Lipschütz şi „coituskrankheit". Iată această definiţie: L'hèrpès génital que l'on pourrait peut être appeler plus exactement l'herpès vénérien, ne se confond pas avec l'herpès commun localisé aux organes genitaux".

— Localizat pe organele genitale, transmis mai ales pe calea actului sexual, herpesul veneric, (şi nu genital), trebue deci conceput ca o boală venerică produsă de un virus necunoscut, intrând împreună cu limfogranulomatoza inguinală benignă, în grupul afecţiunilor pe care comparativ cu termenul de dermatoviroze, m'am gândit să le numesc veneroviroze.

Referindu-mă la zonă, am preferat acest nume neadmiţând nomenclatura de herpes zoster, bazat pe o serie de considerente dintre care cele mai importante ar fi: neinoculabilitatea produşilor de zonă şi imunitatea pe care zona, contrar herpesului, o produce.

Este locul deci, să subliniem că herpesul şi zona sunt două afecţiuni cu totul diferite, prima fiind caracterizată de numeroase recidive, în timp ce a doua conferă imunitate de cele mai multe ori pe viaţă.

Cercetările cele mai recente au stabiliti cu certitudine şi în spiritul concepţiilor lui Virchow şi Koch, că herpesul este o boală infecţioasă.

Odată cu cercetările lui Lipschutz însă, afecţiunile din grupa herpesului intră în marea clasă a dermatovirozelor. Unna ca primul, cuprinde într'un mănunchi herpesul febril (cutanat), veneric (genital) şi zona (herpes zoster), opunându-l afecţiunilor din grupa variolei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lipschütz concepe afecţiunile grupului herpesului înrudite biologiceşte, rămânând însă deosebite din punct de vedere etiologic. El emite deaceia următoarea nomenclatură pentru boille acestui grup: zoster (în loc de herpes zoster), herpes veneric (în loc de „herpes genitalis"), şi herpes febril.

De aceia, în ceace priveşte nomenclatura de herpes zoster, zoster, sau zona zoster, considerăm ca cea mai nimerită pe cea de zonă, fără a admite pe acea de herpes zoster, aceasta bazaţi pe faptul că experimentaţia a dovedit în mod precis că este vorba despre două entităţi nosologice diferite şi perfect diferenţiate una de cealaltă.

* * *

Zona este o erupţie acută de vezicule grupate pe plăci eritematoase, care se localizează de obicei pe teritoriul unui nerv şi în mod caracteristic pe o singură jumătate a corpului. Erupţia apare deci aproape în toate cazurile unilateral, urmând un traiect bine determinat. Unilateralitatea leziunile zoniforme, constitue deci, o notă caracteristică a acestei dermatoviroze, bilateralitatea fiind cu totul excepţională.

Aproape în toate cazurile erupţia cutanată este precedată de simptome prodromale (usturimi, senzaţie de arsură, presiune sau durere) în regiunea în care nu vor întârzia să apară veziculele cutanate. Concomitent bolnavii prezintă fenomene generale ca anorexie, curbatură, iritabilitate şi febră, care poate ajunge până la 40° şi care dispare deobiceiu odată cu apariţia erupţiei.

Lucrările statistice arată, că frecvenţa afecţiunei este în raport direct cu înaintarea în vârstă (Lang). La copil şi nou născut zona este foarte rară, prezentând însă recidive, ceeace la adult întâlnim foarte rar. Recidivele tardive (după 10-30 ani) descrise de Tzanck, le considerăm ca îmbolnăviri noi.

Incubaţia variază după studiile experimentale ale lui Stage, (pasagii dela om la om), între 2—9 luni.

In ceeace priveşte sexul, s'a observat că la bărbat este mai frecventă localizarea pe cap, umeri şi toracele inferior, în timp ce la femeie toracele superior şi mijlociu. Este interesant de amintit aci cazul lui Netter, în care un chirurg prezintă o infecţie zoniformă profesională pe deget. Unii autori au observat apariţia zonei la sifilitici în cursul tratamentului arseno-benzolic, Hutschinson afirmând în anul 1868 ca primul, existenţa unei zone arsenicale. Alţi autori au observat în sifilis, că zona poate surveni precoce la începutul perioadei secundare, fiind însoţită de simptome meningeale, sau tardiv, anunţând survenirea unui tabes sau a unei paralizii generale. Acest lucru devine interesant şi în cazul nostru, deoarece bolnava este o sifilitică latentă care având cu câţiva ani în urmă reacţiile pozitive în lichidul cefalo-rahidian a fost tratată cu malarie. S'ar putea deci ca această zonă gravă pe care a prezentat-o să reprezinte preludiul unor complicaţiuni tardive metasifilitice, mai ales că tratamentul cu malarie a fost insuficient. Acest lucru ni-l va arăta desigur numai o observaţie ulterioară a bolnavei noastre. Cazurile de zonă cu serologie pozitivă nu sunt cele mai rare.

Cazurile de zonă generalizată au fost publicate deja de multă vreme. Procesele infecţioase grave precum şi stările consecutive, favorizează generalizarea zonei.

Unii autori au considerat varicela ca o zonă generalizată. Vom dedica în cele ce urmează câteva rânduri şi corelaţiunilor dintre aceste 2 afecţiuni (zonă-varicelă) deoarece ele stau în centrul preocupărilor acestei probleme.

Studiile referitoare la biologia virusului zoniform lipsesc aproape cu desăvârşire. Corpusculii celulari au fost observaţi mai întâi de **Paschen.** Nici căile de propagare ale virusului nu sunt bine cunoscute, Pentru **Marinescu** ganglionii spinali şi simpatici ar prezenta locuri foarte favorabile pentru staţionarea virusului. După **Lehner** virusul s-ar propaga pe cale hematogenă, ajungând concomitent în piele şi sistemul nervos.

Localizare. Dintre toate localizările zonei cea toraco-abdominală este cea mai frecventă. Erupţia are în acest caz forma unei benzi oblice, eliptice, urmând axul longitudinal al nervilor regionali, putând interesa regiunile dorso-brahială, cervicală, cervico-brahială, suboccipitală, occipito-cervicală, lombo-inguinală, lombofemurală, sacroischiatică, oftalmică (cu reacţii conjuctivale, lacrimale şi fotofobie).

Anatomo-patologie. Leziunile cutanate sunt constituite dintr'o erupţie veziculară pe o piele hiperemică. Conţinutul veziculelor se turbură începând cu ziua a 3-a. Ele sunt reunite în mici grupe, care apar deseori în puseuri succesive. In primele săptămâni ele se usucă

formând cruste, care căzând lasă o pigmentaţie. Formele hemoragice, buloase sau gangrenoase produc cicatrici permanente.

Microscopic veziculele zonei nu pot fi deferenţiate de cele ale herpesului.

— Conţinutul veziculelor este constituit din ser coagulat, în care se găsesc resturi nucleare, leucocite şi hematii. Transformarea pe care o sufere epiteliul a fost numită de **Unna** „degenerescenţă balonizantă". Epiteliul acesta alterat conţine deseori **corpusculii zosteriformi** ai lui Lipschütz.

In ceeace priveşte alteraţiunile pe care le prezintă sistemul nervos în cursul zonei, părerile şi observaţiile diferiţilor autori sunt variate.

Focarele boalei sunt reprezentate de către nervii periferici, rădăcinele anterioare şi posterioare, măduva spinării şi sistemul periferic simpatic, constituit din ganglionul spinal. Leziunile acestuia domină totdeauna tabloul anatomo-patologic al acestei „neuro-ganglio-radiculo-mielite" **(Wohlwill).**

Evoluţie-Complicaţii-Prognostic. Elementele eruptive se desvoltă în 24—48 ore şi evoluiază în 8—13 zile.

Complicaţiile sunt reprezentate prin infecţii secundare şi turburări din partea sistemului nervos central (paralizii musculare, turburări paralitice, mielită ascendentă şi nevrite). In afara acestora, zona se vindecă fără urme, mai ales la indivizii tineri şi robuşti.

Zona adevărată nu recidivează.

Etiologia zonei. Studiul etiologic al zonei a intrat într'o eră ştiinţifică datorită lucrărilor lui Paschen, care observă prezenţa corpusculilor elementari într'o mare cantitate în conţinutul pustulelor zonei.

Zona este o boală mai ales a adultului şi omului bătrân. Survenirea ei în mici epidemii, unele cazuri de contagiune sigură, precum şi imunitatea pe care o conferă celui care a făcut boala, ne permit să o considerăm ca o boală infecţioasă a sistemului nervos şi cutanat.

Agentul cauzal rămâne necunoscut până în prezent. Produşii zoniformi examinaţi după cele mai moderne procedee bacteriologice s'au arătat a fi sterili.

In 1921, Lipschütz descrie primul a teraţiunile nucleare din epiteliul zonei cutanate afectate. Nucleul atrofic şi situat periferic conţine nişte formaţiuni ovalare, acidofile, pe care colorându-le după metoda lui Heidenheim, autorul le numeşte „corpusculi zosteriformi", clasându-le în clasa clamidozoarelor lui v. Prowazek, grupul carioicon. După Marinescu-Drăgănescu aceste incluziuni ar putea fi văzute şi în protoplasma celulelor epiteliale.

Inocularea la om sau animal nu a reuşit.

Sunt interesante de menţionat — ne fiind locul de a intra în detalii — **relaţiunile** care ar exista între virusul zonei şi acela al varicelei, afirmate pentru prima dată în anul 1892 de către Bokay. Unii autori au considerat chiar virusul zonei ca un virus atenuat al varicelei.

Patogenia zonei nu este încă elucidată. **Poarta de intrare** de asemenea este necunoscută. Se pare că virusul ar pătrunde prin piele, iar de aci dealungul nervilor înspre sistemul nervos central.

Digitized by Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj-Napoca

Levaditi admite ca poartă de intrare pentru virus în zonă şi cavitatea buco-faringiană, vectorul fiind reprezentat de sânge.

Problema relaţiunilor dintre afecţiunea nervoasă şi cutanată în zonă, prezintă un interes foarte mare. Wohlwill admite un dualism al acestor stări patogenetice, în sensul existenţei unei afecţiuni nervoase responsabile de localizare şi a unui „factor X" responsabil de specificitatea procesului.

O altă întrebare care se pune este aceea referitoare la mecanismul prin care leziunea sistemului nervos poate face pielea receptivă pentru virus. Cu toate că unicitatea virusului zonei este nesigură, credem că nu va trebui să se renunţe la concepţia unui virus specific al zonei care acţionează asupra pielei.

Diagnosticul de obiceiu nu este greu, datorită eflorescenţelor tipice, a unilateralităţii, grupării şi topografiei lor. Prodromele nevralgiforme lipsesc de asemenea în orice altă dermatoză.

Diferenţial vom înlătura o exemă în plăci, un eritem polimorf bulos, un erizipel bulos şi mai ales un herpes.

Tratamentul zonei este mai ales simptomatic (antinevralgice, Omnadin, local pansamente uscate cu pudră de talc, iar mai târziu cu o pastă indiferentă). In cazurile suprainfectate comprese desinfectante (rivanol, hipermanganat de potasiu, tripaflavină). A fost încercată radioterapia ganglionară, iar Milian obţine ameliorări după injectarea de preparate arsenicale.

Admiţând că zona este o dermatoviroză, am încercat administrarea atebrinei sub formă de tablete (3×1 pe zi timp de 4—5 zile) fără rezultat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cazul nostru este vorba despre o bolnavă B. E., de 28 ani, româncă, căsătorită, casnică, care se prezintă la consultul nostru în ziua de 3 August 1943, cu diagnosticul de **zonă facială dreaptă şi inguino-lombară stângă.**

De statură mică, cu ţesutul musculo-adipos slab, reprezentat, cel osos intact fără deformaţiuni, ganglionii nu se palpează, menstruiază din ziua de 1 August. Albumina în urină negativă, frotiul uretral şi cervical leucocite, rare epitelii floră bacteriană, R. Wassermann şi Melnike negative.

Antecedentele heredo-colaterale: fără importanţă.

Antecedente personale: Bolnava face tratamentul specific de doi ani. In 1943, puncţia lombară pozitivă, pentru care i se inoculează malarie.

Mucoasele: Pe mucoasa bucală dreaptă şi a palatului dur de aceiaşi parte extinzându-se până la linia mediană, observăm numeroase leziuni mici veziculoase grupate pe un fond roşu — eritematos, unele cu suprafaţa epitelială distrusă, lăsând mici eroziuni superficiale cu conture policiclice.

Pulmon — cord — aparat digestiv, fără simptome de boală.

Pielea: Pe obrazul drept şi regiunea temporală dreaptă, se observă leziuni veziculoase grupate, pe un fond eritematos, variind ca mărime dela un bob de meiu până la un bob de linte, pline cu un conţinut lichid clar.

ACTA MEDICA ROMANA
Nr. 1-2/946

PLANŞA

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PLANŞA

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La nivelul şoldului stâng, începând dela linia ombilico-pubiană şi mergând în formă de bandă prin regiunea inguinală în cea lombară până la linia coloanei vertebrale, un placard roşu-eritematos acoperit cu numeroase leziuni veziculo-buloase, grupate, cu conţinut lichid clar şi variind ca mărime dela un bob de meiu la un bob de linte, unele prezentând o ombilicaţie în centru. Unele din aceste leziuni prezintă suprafaţa epitelială distrusă, lăsând nişte ulceraţiuni superficiale cu margini neregulate — policiclice şi cu fondul anfractuaos acoperit cu cruste brune-hemoragice, aderente.

Subiectiv bolnava acuză înţepături, arsuri şi senzaţie de tensiune locală, pe lângă dureri faciale şi cefalee.

După administrarea de piramidon (1—1,5 gr. pe zi) injecţii zilnice cu betaxin, şi atebrină (3—x 1 tablete pe zi timp de 6 zile), iar local pansamente cu pudră de talc, obţinem vindecarea completă a bolnavei în ziua de 23 August 1945.

Am crezut utilă publicarea acestui caz de zonă **bilaterală sau încrucişată**, cum am crezut de bine să o definim, atât prin raritatea sa, cât şi prin concluzia pe care o desprinde, că unilateralitatea erupţiilor în zonă nu mai poate fi interpretată clinic că specifică şi caracteristică acesteia.

Spitalul de stat Sighişoara — Secţia chirurgicală
Medic primar: D-r N. Onaca

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA CEFALOCELELOR NOILOR NĂSCUŢI

de

D-r ION DUCA
Medic secundar

Cefalocelele sau encefalocelele sunt tumori congenitale ale regiunei exterioare a capului, acoperite de piele şi comunicând printr'un orificiu osos cu interiorul cutiei craniene. Raritatea acestor malformaţiuni, ele apărând odată la 3500-4000 de naşteri, precum şi faptul că ele interesează atât pe medicul de copii, cât şi pe obstetrician şi chirurg, m'a îndemnat să fac această comunicare asupra unui caz observat şi operat în serviciul nostru.

Asupra cauzelor care determină malformaţiunile în general s'au emis o mulţime de teorii şi voi aminti pe scurt aici pe acelea care au o legătură mai strânsă cu encefalocelele. La începutul secolului al XVIII-lea Duverney la a cărui teorie se asociază şi Winslow, este de părere că toate malformaţiunile sunt consecinţa unei anomalii preexistente în germene. Aceasta este teoria „dinamică" denumită astfel de către Meckel, el însuşi partizan al acestei teorii. Lemery pe de altă parte afirmă că malformaţiunile sunt determinate de tulburări

sau inhibiţiuni mai tardive survenite în cursul evoluţiei embrionului. Teoriei lui Lemery i-se asociază Wolff, iar mai târziu St. Hillaire tatăl şi fiul. Teoria aceasta în contrast cu precedenta poartă numele de „teoria mecanică" şi St. Hillaire reuşeşte să aducă dovezi în favoarea acesteia reuşind prin mijloace fizice să provoace anumite anomalii la embrionul de găină şi tot acesta atrage atenţiunea asupra rolului important pe care îl au bridele şi aderenţele amniotice în producerea malformaţiunilor.

In jurul acestor două teorii care constituesc doi stâlpi de orientare în explicaţia malformaţiunilor în general, se grupează diferiţi autori de-o parte sau de alta şi caută să explice apariţia cefalocelelor prin cauze cuprinse într'una sau cealaltă teorie de bază. Astfel Himly (1829) şi Serres (1832) încriminează o insuficientă desvoltare şi suturare a oaselor craniene, iar la 1762 Morgagni admite drept cauză constantă a „herniilor cerebrale congenitale" hidrocefalia, o părere care se impune şi care găseşte mulţi adepţi. La 1852 Spring face o amplă monografie asupra cefalocelelor şi el sprijină teoria dinamică. El este acela care descrie meningocelul şi admite că hidrencefalocelul şi encefalocelul se desvoltă dintr'un meningocel care se exteriorizează prin uzurarea peretelui osos, iar hernierea substanţei cerebrale ar fi secundară în urma compresiunei produse de eforturi sau hidrocefalie. Şi împotriva acestuia se ridică alţii, care neagă chiar existenţa meningocelului (Houel) sau afirmă (Virchow) că acestea ar fi nişte higrome ale durei mater sau edeme veziculare ale piei-mater apărute când cutia craniană nu este destul de rezistentă pentru a nu lăsa să fie străbătută. Klemetowsky la 1862 admite drept cauză a cefalocelelor un craniotabes parţial sau total care permite hernierea conţinutului craniului în afară. In sfârşit Lyssenko mai târziu admite că cefalocelele sunt numai anomalii de desvoltare locale determinate de ţesuturi aberante care rămân în afara canalului medular sau al craniului în momentul când acesta se închide.

Care din toate aceste teorii este cea mai verosimilă? Se pare că nici una nu poate explica suficient originea cefalocelelor şi este probabil că mai mulţi factori contribue la producerea lor şi fiecare fel de cefalocel, în parte, poate avea condiţii etiologice deosebite.

Din punct de vedere patogenic şi anatomo-patologic există o asemănare strânsă între cefalocele şi mielocele care iau naştere în urma unui rachischizis parţial sau total.

Spring am văzut că admitea drept primă etapă a oricărei variante de cefalocel, meningocelul. Impotriva acestui punct de vedere patogenetic se ridică alţi autori printre care Bergmann şi care bazaţi pe teoria hidrocefalică afirmă că encefalocistocelul sau hidrencefalocelul este prima leziune. Această tumoră este acoperită la exterior de piele, ţesut celular subcutanat apoi arachnoida care întotdeauna este îngroşată. Sub aceasta urmează un strat de ţesut cerebral care este mai mult sau mai puţin gros şi care circumscrie o cavitate plină cu lichid cefalo-rachidian, cavitate tapetată cu un strat de celule identice cu cele ependimare şi care în mod constant comunică cu un ventricul lateral sau ventricolul al IV-lea. Prin urmare hidrencefalo-

www.libtool.com.cn, Digital Library of Romania

celul poate fi considerat ca o evaginaţie a unuia din ventriculi. E de remarcat că atât dura mater, cât şi periostul cranian se opresc în jurul orificiului osos.

Dacă se produce o resorbiţie a lichidului din cavitate rămânând numai substanţa cerebrală acoperită de învelişurile sale, atunci avem forma cunoscută sub numele de encefalocel sau kenencefalocel, formă ce se găseşte mai des în regiunea nazofrontală.

Când dimpotrivă se produce o dispariţie a substanţei cerebrale rămânând numai celulele ependimare care tapetează o cavitate plină cu lichid, avem meningocelul sau meningo-cistocelul. Unii văd în meningocele numai nişte diverticuli ai meningelor, dat fiind faptul că, uneori pedicolul acestora nu mai comunică cu cavitatea ventriculară. Se pare însă că totuşi se impune părerea după care atât encefalocelul cât şi meningocelul sunt etape succesive ale hidrencefalocelului pe care îl găsim în majoritatea cazurilor şi constituie forma cea mai frecventă de cefalocel.

Ca localizare le găsim din cele mai multe ori pe linia mediană a capului şi anume în regiunea occipitală şi frontonazală. Pot apare şi în regiunea bazei craniului trecând printr'un orificiu al etmoidului în nas sau în orbită. Pe părţile laterale ale capului cefalocelele sunt excepţionale.

Mărimea lor variază dela aceia a unui bob de mazăre la aceia a unui cap de adult.

In cazul observat şi operat de noi şi a cărui foaie de observaţie urmează, am avut de a face cu un cefalocel mare care depăşea mărimea capului fetal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ziua de 11 Sept. 1945, este adusă pentru internare în spital, fetiţa M. M., în vârstă de 6 săptămâni, prezentând o tumoră voluminoasă în regiunea occipitală. După date pe care ni le dă mama copilului, rezultă că tumora este congenitală, că naşterea s'a produs în prezentaţie craniană şi a decurs în mod normal la domiciliu. Tumora la naştere era mai mică, dar în cursul timpului a continuat să se desvolte depăşind în prezent mărimea capului copilului.

La examinare constatăm, că mărimea şi conformaţia capului copilului este normală. Tumora este implantată în regiunea occipitală, având un pedicul turtit cu direcţia transversală. La bază ea este acoperită de piele normală cu păr, pe când la distanţă pielea este glabră, subţire şi transparentă de aspect pergamentos. Suprafaţa nu este perfect netedă, ci prezintă două bosseluri. La palpare găsim fontanela mare de dimensiuni şi consistenţă normală. Pedicolul tumorei nu este atât de mare cât este în aparenţă îngroşat fiind de piele, ci este mai subţire şi pătrunde într'un orificiu osos situat sub protuberanţă, a cărui margine superioară se poate palpa şi care are un diametru de aproximativ 1.5 cm. Tumora este de consistenţă elastică fluctuantă şi limita ei inferioară ajunge aproape până în regiunea sacrată.

Dată fiind originea congenitală a tumorei, situaţia ei pe linia mediană, volumul ei mare, conţinutul transparent lichid şi palpându-se marginea orificiului osos prin care pătrunde pediculul în cavitatea craniană, se pune diagnosticul de meningocel.

Alte malformaţiuni nu mai găsim asupra copilului. Mama este sănătoasă, reacţia Wassermann negativă şi în antecedentele heredocolaterale nu găsim nicio anomalie de desvoltare.

Găsindu-ne în prezenţa unei tumori atât de voluminoase, care incomodează atât copilul, cât şi mama şi neexistând nicio metodă de tratament conservativ eficace, se intervine chirurgical în ziua de 11 Sept. extirpându-se tumora după următoarea technică: narcoză cu cloroform, incizie ovalară a pielii la nivelul bazei tumorei lăsând tegumente suficiente pentru acoperirea plăgii. Se disecă pedicolul tumorei cu atenţie până la pătrunderea lui în orificiul ce se găseşte pe linia mediană a occiputului sub protuberantă. Se leagă pedicolul cu un fir de mătase, apoi se secţionează sub legătură, evitându-se o decompresiune bruscă în tensiunea intracraniană. Se complectează hemostaza, se refac planurile şi se suturează pielea.

Examinând punga extirpată constatăm că suprafaţa internă este netedă, lucioasă şi la nivelul pediculului constatăm că s'a extirpat şi o mică porţiune de substanţă cerebrală, care herniase prin orificiul osos în cavitatea chistică. **Diagnosticul postoperator** prin urmare este acela de **hidrencefalocel.**

Evoluţia postoperatorie: a doua zi după operaţie, constatăm o bombare a fontanelei mari şi un exoftalmus la copil. Acesta plânge mult şi refuză sânul. După alte două zile, copilul devine mai liniştit, tensiunea fontanelei scade şi exoftalmusul începe să cedeze pentru a dispare complect în următoarele 4—5 zile. Copilul se alimentează bine, nu se observă nicio paralizie şi nici vreo altă turburare organo-vegetativă. La 8 zile se scot firele, plaga fiind vindecată per primam şi copilul mai este ţinut în observaţie alte şapte zile, părăsind spitalul în ziua de 25 Sept. complect vindecat.

Revăzând fetiţa la sfârşitul lunei Decemvrie, deci la aproape patru luni după operaţie, am găsit-o în perfectă stare de sănătate, neprezentând nicio turburare organo-vegetativă, bine desvoltată şi foarte vioaie.

Complicaţia cea mai de temut astăzi când condiţiunile de asepsie şi antisepsie sunt respectate, este hidrocefalia, care poate apare după operaţie şi care spriijnă teoria lui Morgagni asupra genezei cefalocelelor. Această complicaţie este observată şi de autori, cari au comunicat cazuri mai recent şi Caffier în 1936, raportând asupra celor 2 cazuri dintre care unul moare după operaţie/ prin hidrocefalie este de părere că operaţia să se facă cât mai curând pentru a salva cazurile care sunt provocate numai de o producere exagerată de lichid în perioada intrauterină şi a nu le lăsa să fie expuse unei rupturi spontane sau traumatice cu complicaţiunile fatale consecutive.

In epoca preantiseptică tratamentul cefalocelelor era mai mult conservativ încercându-se o reducere a lor prin taxis, punctii repetate, punctii şi injecţii modificătoare, incizii, ecrasare a pedicolului şi mai rar extirpare. Mortalitatea în această epocă era mult mai mare, căci adeseori se produceau infecţii ale meningelor.

Reali comunică o statistică din care reese că din 144 indivizi cu encefolacel numai 7 au ajuns vârsta adultă, iar Miller adunând 39 cazuri de cefalocele observate într'un azil de copii părăsiţi din Moskova arată că toţi au murit înainte de a atinge vârsta de un an, majoritatea prin ruperea pungii tumorale.

In epoca antiseptică tratamentul operator a făcut să scadă foarte mult mortalitatea şi astfel Diakonow dă o statistică din care reese că dintre 27 copii operaţi, 17 au supraviţuit, iar Lyssenko totalizează 63 de cazuri cu 38 vindecări. Bergmann pe un număr de 8 cazuri operate între a 5-11 zi, după naştere are numai un caz mortal.

Technica pe care chirurgii o folosesc este aceia indicată mai sus. Alţii, mai ales în cazurile unde orificiul osos este mai mare, formează un lambou periostic din vecinătate după metoda lui Wolkovitsch şi Lyssenko pe care-l rotează deasupra orificiului. Rezultatele nu par a fi mai bune şi adeseori se necrozează lamboul, iar timpul operaţiei este cu mult mai lung decât în metoda simplă, ceiace este foarte important pentru copil.

Din datele statistice amintite mai sus, reese că, prin tratamentul chirurgical s'a ameliorat foarte mult prognosticul quoad vitam fără să se amelioreze însă prognosticul în ce priveşte funcţiunile psihice şi intelectuale mai tardive ale individului, căci foarte mulţi dintre aceştia rămân cu intelectul redus. Aceasta nu trebue însă să ne impiedece de a interveni şi a rezolva chirurgical aceste tumori afară de cazurile unde o hidro-cefalie manifestă cu evoluţie rapidă sau alte anomalii pe care le-ar mai prezenta copilul, ne arată că el nu mai poate supraviţui mult timp.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Clinica Ginecologică şi Obstetricală din Cluj
Director: Prof. D-r Cristea Grigoriu

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA ICTERULUI GRAV AL NOULUI NĂSCUT (FAMILIAR), IN LEGĂTURA CU UN CAZ CLINIC

de

D-r I. PETRESCU şi D-r N. MIŞCĂ

In legătură cu cercetările făcute în Clinica Ginecologică şi Obstetricală asupra hemolizei prin hormoni, am cercetat şi sângele matern şi al fătului din acest punct de vedere găsind o putere antihemolitică ridicată a serului de nou-născut. Deoarece în etiologia icterului grav al noului născut ar intra şi factorul hemolitic, am căutat să ameliorăm acest factor în producerea icterului. Ori se ştie că corpii antihemolitici cei mai apropiaţi şi mai indicaţi de administrat noului născut sunt dela mamă sau dela tată.

Din cercetările făcute personal asupra rezistenței globulare a noului născut normal reiese o putere antihemolitică mai crescută la nouii născuți normali și prin deducție — la cazurile de icter grav familiar — firește rezistența globulară va fi mai scăzută, din care motiv am căutat prin administrarea de anticorpi antihemolitici apropiați de ai fătului să conducem spre normal această rezistență globulară a noului născut icteric, dându-i sânge dela mamă sau tată.

Inainte de a arăta datele privitoare la noul născut icteric la care am administrat sângele, vom trece în revistă cercetările diferiților autori asupra icterului grav familiar al noului născut.

Cercetări asupra cazurilor de ictere grave la nouii născuți au început încă din anul 1912 de către Rauttmann care a arătat că în anasarca feto-placentară ar persista și după naștere globule roșii nucleate (eritroblaste) deși în mod normal acestea există numai în a 3-4-5 lună de viață intrauterină, iar în ultimele luni ale sarcinei și imediat după naștere ele dispar rămânând numai 0.15-0.50 oritroblasti la 1.000 globule roșii anucleate. Aceste celule s'ar găsi în focarele hematopoietice ale organismului (ficat, splină, rinichii, măduva spinărei și chiar în miocard).

Simultan cu acest caracter, alții, (Von Gierke, și Plaut) au arătat identitatea etiologică a anasarcei feto-placentare cu icterul grav familiar al noului născut. Și în unul și în celălalt caz ar exista o perturbație sanghină în sensul persistentei și după naștere a eritroblastelor și megaloblastelor. (Un caz de anasarcă feto-placentară a fost publicat de D-r Petrescu-Mureșan în Clujul Medical în 1935).

Boala este cunoscută de mai bine de 40 ani când Arkwright a descris o serie dramatică de ictere într'o familie unde mama a născut 15 copiii din care deși 14 au făcut icter, numai 9 au murit.

Lehndorf a demonstrat însă cele mai multe cazuri de eritroblastoze, cu cercetări amănunțite. El a arătat că în cele mai multe cazuri, primul născut nu face icter, că sănătatea, vârsta, sifilisul, sau alte afecțiuni hepatice ale părinților nu ar avea nimic comun cu icterul copilului, deși în cazul demonstrat de noi se va vedea că tatăl copilului a avut două ictere, iar mama a mai născut un copil cu icter grav, ceeace ar arăta totuși o oarecare influență.

Unii admit ereditarea sub forma unei mutații (M. Spang, M. M. Hofmann Noegeli).

Alții susțin că în icterul grav familiar ar fi vorba de o hemopatie ereditară, iar altă grupă de autori că hemoragia intracraniană poate juca un rol indirect prin intermediul splinei și ficatului în etiologia icterului. Copiii reținuți intrauterin mai mult de 9 luni sunt mai icterici ca cei prematuri, iar cei născuți asfixici mai icterici ca ceilalți. Multiparele au copiii mai icterici ca ceilalți. (Fujymory din Koto).

Caracterul principal este familiaritatea, constatându-se sau succesivitate în apariție sau alternanțe cu ictere benigne, sau cu anasarca feto-placentară.

Ca simptome, primul care ne atrage atenția este apariția icterului care la cele obișnuite, benigne, este la 3-4 zile după naștere,

CBU Library / Central University Library / Cluj

pe când la icterele grave apariţia coloraţiei este mai rapidă. S'au citat cazuri în literatura medicală la care icterul a apărut chiar la 40 minute după naştere: coloraţia apare în 18.4% cazuri mai întâiu la sclerotice ca la piele, în 79.4% concomitent şi numai în 2.2% mai întâiu la piele (Fujymory). Scaunele nu-şi schimbă culoarea fiind mai întâiu cu meconiu apoi chiar bilioase. Ficatul şi splina sunt hipertrofiate, mai mult la maturii cu icter grav decât la prematurii cu aceeaşi boală. Noul născut poate prezenta diaree. Apoi avem o stare de torpoare a fătului, somnolenţă, apoi convulsii tonico-clonice ale membrelor superioare şi inferioare, mişcări ale globilor oculari, mai apoi un tablou net encefalitic cu opistotonus, spasm al aductorilor, parkinsonism, transpiraţii puternice, semne ce precedează în cele mai multe cazuri moartea.

Icterul grav este însoţit adesea de hemoragii unele precoce sub forma de hemoragii cutanate discrete altele tardive cum sunt sângerările cordonului. Urinele sunt galbene cu conţinut de urobilină şi bilirubină.

Făcând tabloul sanghin în aceste ictere grave găsim un număr mare de eritroblaste care merge până la 10.000-50.000-100.000 pe mmc. sânge, globulele albe mărite ca număr, iar cele roşii anucleate scăzute. Timpul de sângerare şi coagulare sunt normale.

Copiii cu această boală deobiceiu sucumbă în 10-12 zile cu semnele nervoase descrise mai sus, dar unii pot trece peste acest timp, o parte vindecându-se complect (cazuri rare) iar alţii după o perioadă normală de 1-2 ani, încep a face manifestări nervoase şi motrice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din punct de vedere anatomo-patologic macroscopic volumul şi greutatea ficatului şi splinei sunt mărite, observându-se în parenchim şi capsule mici hemoragii. Toate organele cât şi centrii nervoşi, prezintă o coloraţie galbenă. Microscopic se observă prezenţa celulelor **eri troblastice** în organele hematoformatoare dar şi în cele nehematoformatoare ca: rinichii, miocardul, care prin prezenţa lor schimbă structura şi funcţiunea organului nehematoformator. Tot în aceste organe se observă şi globule albe şi roşii anucleate constituind adevărate focare care trebuesc interpretate fie ca o reacţie medulară contra unei anemi: cauzată de o intoxicaţie, fie maternă, fetală sau placentară, fie ca dovada unei întârzieri accentuate în hematopoieză, o disgeneză sanghină cu predominenţă a globulelor roşii (M. Peru).

Apoi insule hematopoietice împrejurul vaselor, supraîncărcare debilă în ficat şi rinichii, hemosideroza viscerală mai accentuată ca normală.

Diagnosticul se face prin semnele clinice arătate mai sus. Diagnosticul diferenţial se face cu icterul obişnuit de care se deosebeşte prin apariţia mult mai rapidă, cu icterul infecţios care acum este mai rar datorită mijloacelor de asepsie şi antisepsie, cu icterul sifilitic în care însă este prezent ascita prin o scleroză hepatosplenică şi circulaţie venoasă colaterală, cu spasmofilia, cu discraziile sanghine, cu malformaţiile congenitale ale inimei (boala albastră) şi cu obliterarea congenitală şi malformaţiile congenitale ale căilor biliare extra-

hepatice de care se deosebeşte atât prin coloraţia mai tardivă, dar şi prin decolorarea scaunelor.

După cum am spus mai sus icterul grav are asemănare etiologică cu anasarca feto-placentară, apoi cu anemia gravă a nouilor născuţi, cu leucemiile congenitale şi cu icterul nuclear care colorează în galben nucleii cenuşii din cerebel: corpul lui Louis, cornul lui Amon, olivele şi toată substanţa cenuşie a creerului, în timp ce corticala este necolorată.

Profilactic pentru icterul grav s'a indicat de unii (Bernheim) hepatoterapia în ultimele luni ale sarcinei, sau un regim lactat care ar micşora toxicoza, care după unii intervine în etiologia icterului grav.

Terapia constă în administrarea de sânge în cele două zile prime după naştere (deci cât mai rapid) şi deaceea este neçesar a depista boala prin examenul sanghin. Transfuzia se poate face şi cu sânge dela un doneur universal deşi pot apare şi aci accidente de incompatibilitate, dar mai bine este de a se da dela părinţii copilului prin apropierea ce este între anticorpii antihemolitici despre care am amintit mai sus. In caz că nu se poate face transfuzie (prin descoperirea unei vene, etc.), se poate administra sângele sub formă de injecţii intramusculare.

In legătură cu tratamentul care s'a recomandat de mulţi autori, redăm şi cazul nostru expus mai în detaliu:

Doamna N. M., în etate de 37 ani, căsătorită, casnică, intră în Clinica Obstetricală în ziua de 28 August 1945, cu diagnosticul: gravidă la termen, dureri de naştere, ce datează de 12 ore, (bolnava a intrat în Clinică la ora 7 dimineaţa). In antecedente heredo-colaterale şi personale nimic deosebit. A mai avut o naştere înainte cu 1 an şi 3 avorturi. Copilul prim a suferit de icter grav şi a sucombat cu fenomenele descrise mai sus.

Soţul gravidei a avut în cursul vieţii sale două ictere, din care ultimul înainte cu 1 an.

Gravida, deci, la intrarea în Clinică avea dureri de naştere de 12 ore. Naşte spontan peste trei ore dela intrarea în Clinică, deci la 15 ore dela începutul travaliului obstetrical: perineul mamei prezintă o ruptură de gradul I, iar placenta ca şi la prima naştere se deslipeşte manual.

Copilul la naştere are 3.800 gr. greutate, 48 cm. lungime şi 37 cm. circumferinţa capului.

In primele 24 ore, copilul prezintă semne de asfixie cu cianozarea puternică a feţei. După a doua zi apar deja semnele de icter cu o colorare intens galben-verzuie a tegumentelor şi scleroticei, somnolenţă profundă şi cu un tonus muscular foarte scăzut. Se administrează cardiotonice, glucoză şi se pune în observaţie evoluţia icterului, starea copilului. Deoarece icterul se menţine şi după a 6-a zi, fenomenele chiar agravându-se prezentând şi fenomene cerebrale, cu revulsiunea globilor oculari în sus, respiraţie neregulată, se încearcă administrarea de sânge matern 5 cmc. intrafesier. Deja, după o zi, aspectul feţii copilului se schimbă devenind mai normal, cu o revenire a reflexelor şi cu mişcările globilor oculari

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ceva mai regulate. Se controlează atent plaga ombilicală şi se constată că ea se prezintă sub aspect normal. In a doua zi dela prima injecţie se repetă administrarea de sânge (5 cmc.), pentru ca în zilele următoare efectul hemoterapiei (încă 4 inj. a 5 cmc. sânge), să se prezinte destul de vizibil. Copilul prezintă mişcările globilor oculari normale, icterul dispare treptat, copilul începe să sugă şi să menţină laptele, alimentându-se cu câte 30—40 gr. la un supt.

După 16 zile dela naştere, mama şi copilul părăsesc Clinica vindecaţi, iar mama nu ne-a solicitat niciun ajutor medical pentru copil, deşi i s'a pus în vedere pericolul ce poate surveni după o astfel de boală.

Din acest istoric putem constata următoarele: asupra teoriei că asfixia ar putea fi cauza icterului grav aci s'ar confirma deoarece copilul s'a născut asfixic (perioada de travaliu obstetrical durând 15 ore) deşi era o multipară. Apoi, administrând sânge matern pentru a mări rezistenţa globulară a noului născut s'a dat organismului fetal tocmai ceeace îi era în deficienţă stabilind un echilibru prin care s'a produs dispariţia icterului. Rezultatul momentan obţinut a fost admirabil, neputând şti însă, care va fi viitorul acestui copil.

Clinica Dermato-Sifiligrafică — Iaşi
Director Prof. D-r Gh. Nastase

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE LEUCEMIE CUTANATĂ LIMFATICĂ

de

D-r GH. SPERANŢA
Asistent al Clinicei Dermato-Sifiligrafice-Iaşi

Manifestările cutanate în cursul leucemiilor sunt extrem de rare. M. P. Weil, într'o şedinţă specială ţinută la Paris şi consacrată leucemiilor bazat pe experienţa sa personală de sute de cazuri din cursul unei activităţi medicale de 30 ani, declară că manifestărlie cutanate din cursul leucemiilor nu ating nici cifra de 1%. Prima observaţie clinică complectă de leucemie cutanată o datorim lui Bisiadecki (1886). După această dată publicaţiile s'au înmulţit în literatura medicală, precizându-se mereu tabloul clinic şi creindu-se diferite clasificări, cum sunt acelea ale lui Pinkus, Nicolau, Nekam, Arndt, Paltauf, Arzt şi Fuhs.

Manifestările cutanate ale leucemiilor apar indiferent de aspectul acut sau cronic al boalei sau de forma limfoidă sau mieloidă a leucemiei.

Din punct de vedere anatomo-patologic ele se împart în leziuni anatomic leucemice şi leziuni, care deşi survin în cursul leucemiilor, nu au caractere histologice specifice, leziuni cunoscute sub numele de leucemide, dat de Audry.

Cazul de faţă ilustrează unele din aspectele cutanate ale leucemiilor limfatice cronice.

Bolnavul Gaf. Gh., de profesiune agricultor, în vârstă de 50 ani, căsătorit, din com. Ţibăneştii, jud. Vaslu, se internează în serviciul clinicei dermatologice în ziua de 1 Sept. 1945, pentru apariţia unor formaţiuni tumorale pe partea mediană a feţei şi pe nas, mărirea de volum a ganglionilor cervicali, axilari, inguinali, jenă în deglutiţie şi respiraţie cu slăbirea puterei de muncă şi dureri de cap.

Antecedente heredo-colaterale fără nicio importanţă.

Antecedente personale: Ichter în 1916 şi malarie acum 4 ani. Neagă orice alte boli infecto-contagioase.

Istoricul boalei actuale: Maladia actuală a debutat cu doi ani în urmă, prin hipertrofia ganglionilor submaxilari, pentru ca în scurt timp să se prindă pe rând toţi ganglionii superficiali. In luna Octombrie 1941, pe frunte şi obraji apar nişte nodozităţi care cresc repede, luând aspectul unor tumori de culoare roşie şi desfigurează bolnavul. In acelaşi timp bolnavul începe să prezinte jenă în deglutiţie şi respiraţie.

Starea prezentă: Bolnavul, afebril, prezintă o paliditate accentuată a tegumentelor corpului care contractează cu faciesul pseudovultos determinat de prezenţa leziunilor tumorale.

Pe tegumentele feţei şi frunţei se observă o serie de tumori de mărime şi coloare diferită. Lobulul nasului e ocupat de o tumefacţie rotundă, de mărimea unei nuci, de culoare roşie cianotică şi care deformează complect aspectul feţei. Tumora de consistenţă elastică e acoperită de o bogată vascularizaţie superficială.

Regiunile geniene sunt ocupate de două tumori ovalare cam de 5 cm. diametru, net delimitate de culoare roş violacee. Nedureroase la presiune, au suprafaţa acoperită de varicozităţi superficiale.

Formaţiuni asemănătoare se observă la rădăcina nasului şi în sprâncene, numai de dimensiuni mai mici. Perii la nivelul lor sunt rarefiaţi.

Mucoasa palatină în jumătatea posterioară este uniform hipertrofiată, cu dilataţiuni vasculare vizibile, dar păstrându-şi culoarea normală. In dreptul primului molar drept există o tumoretă de mărimea unei cireşe.

Glandele submaxilare, sublinguale, parotidele ca şi amigdalele sunt mărite de volum fără vreun fenomen inflamator supra adăugat.

Ganglionii cervicali enorm măriţi de volum ajung până la mărimea unui ou, formează pachete ganglionare. Tegumentele la nivelul lor sunt nemodificate. La fel măriţi de volum sunt şi ganglionii epitrochleeni, axilari şi inghinali. Prin palpaţie se simt hipertrofiaţi şi ganglionii hipogastrici.

Pe suprafaţa anterioară a toracelui şi pe abdomen, bolnavul prezintă o serie de macule brune lenticulare care nu dispar la presiune.

Pe tegumentele gambei stângi se observă o exulceraţie acope-

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj-Napoca

rită de cruste brune. In jur se observă cicatrici brune, pigmentate.

In ceeace priveşte examenul somatic general constatăm:

Pulmonar, vibraţiile sunt diminuate la ambele baze, iar la ascultaţie se aud raluri de bronşită diseminate. Radioscopic, hilurile sunt mărite, cu contur policiclic. In poziţie oblică se observă o umbră opacă bine delimitată, fusiformă în jumătatea superioară a spaţiului retrocardiac.

Aparatul cardio-vascular. Socul apexian în afara liniei mamelonare stângi, în al 4-lea spaţiu intercostal. Niciun sgomot supra adăugat.

Pulsul 78 pe minut.

Aparatul digestiv: Limba uşor saburală. Apetitul păstrat. Scaunele normale şi regulate. Ficatul mult mărit de volum, depăşeşte rebordul costal drept cu un lat de palmă. Dur şi regulat hipertrofiat, nu e dureros la palpaţie. Splina palpabilă, nedureroasă, depăşeşte rebordul costal cu trei laturi de deget.

Aparatul uro-genital nu prezintă nimic deosebit. Urinele sunt în cantitate şi de constituţie normală.

Acuitatea auditivă mult diminuată.

S'au făcut următoarele examene de laborator.

Sânge: Globule roşii: 2.860.000 pe mmc. Globule albe: 52.600 pe mmc.

Form. leuc.: Limfocite mici: 82%; Limfocite mari: 10%; Poli. neutro: 8%.

R. Hecht: negativă. R. Meinicke: negativă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In clinică s'a făcut biopsia unui ganglion şi a unui fragment dintr'o tumoră de pe faţă. La examenul anatomo-patologic s'a constatat următoarele: Epidermul este subţiat, iar papilele reduse şi apoi dispărute din cauza infiltratului celular subjacent. Stratul cornos şi stratul granulos nu prezintă nimic deosebit. Corpul mucos atrofiat e redus la o lamă formată din 3—4—5 rânduri de celule. Stratul bazal normal.

In derm, în jurul foliculilor piloşi şi a glandelor sudoripare, se observă un infiltrat celular extrem de abundent care invadează tot dermul şi partea superficială a hipodermului. Caracteristica acestui infiltrat este uniformitatea lui, monotonia lui fiind format din acelaşi tip de celulă, din limfocite. Pe lângă aceste celule cu nucleu rotund bogat în cromatină şi cu protoplasma invizibilă, se mai observă dar în număr mai mic şi risipite printre primele şi alte tipuri, cu nucleul mai mare, ovalar sau chiar cu o mică ancoşă, care apare mai palid colorat printre ceilalţi. Acest infiltrat e net separat în partea superioară de epiderm, de o bandă de ţesut conjunctiv. Lateral e delimitat de travee de ţesut conjunctiv. In partea inferioară celulele infiltratului disociază lobulii grăsoşi ai hipodermului.

Ţesutul conjunctiv la nivelul infiltratului e aproape complect dispărut. In unele puncte totuşi se poate observa un fin reticulum.

Vasele mai mari au peretele extern infiltrat de limfocite.

In ceeace priveşte ganglionul limfatic el prezenta leziunile caracteristice pentru **leucemia limfatică.**

In rezumat e vorba de o afecţiune cu caracter cronic caracterizată prin tumori cutanate simetrice ale feţei, tumori ale mucoasei palatine, adenopatii superficiale şi profunde generalizate, splenomegalie şi hepatomegalie. simptome care singure sunt suficiente pentru a pune diagnosticul clinic de leucemie limfatică cronică cu manifestări cutanate. Acest diagnostic e confirmat de numărul mult sporit al leucocitelor şi modificarea formulei sangvine. Pe de altă parte acest diagnostic e întărit şi de examenul anatomo-patologic al leziunilor.

Diagnosticul în cazul nostru a fost relativ uşor tumorile, depe faţă determinând un aspect destul de caracteristic pentru ca odată văzut să nu poată fi uitat uşor.

Cazul de faţă ilustrează unele din manifestările cutanate care pot apărea în cursul leucemiilor şi anume infiltraţiunile circumscrise, tumorile cutanate leucemice (nas, obraji, sprâncene) şi tumorile leucemice ale mucoaselor (mucoasa palatină). Maculele brune pe care le prezintă bolnavul pe regiunea toracică le putem considera ca manifestaţiuni nespecifice, leucemide.

Acesta nu sunt singurele manifestări cutanate care se pot întâlni într'o leucemie limfatică cronică.

In general ele se împart leziuni cutanate specifice, histologic leucemice şi leziuni cutanate nespecifice, variate ca aspect morfologic şi cunoscute sub numele de leucemide — dat de Audry — sau manifestaţiuni cutanate de acompaniament (Hautbegleiterscheinungen) dat de Pinkus.

Manifestările cutanate care pot surveni în cursul unei leucemii sunt, aşa dar, extrem de polimorfe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul „Stamate" Fălticeni

HIDARTROZA SIFILITICĂ

de

N. I. ZAHARIA

Medic Primar

Artrita sifilitică, manifestare nu prea frecvent întâlnită în cursul evoluţiei sifilisului, în toate fazele şi formele sale, îmbracă acelaş aspect proteiform ca şi boala însăşi în care se încadrează. Precizarea naturei etiologice are aci o importanţă considerabilă, având în vedere faptul că tratamentul antiluetic duce în aceste cazuri la rezultate admirabile. Pe de altă parte artrita poate fi singurul simptom evident al unui sifilis altfel ocult şi deci determinarea naturii sale etiologice duce la depistarea maladiei latente.

Dintre formele de artropatie luetică, hidartroza monoarticulară se întâlneşte rar [1]), dar după cum vom vedea din rândurile de mai

Dumitrescu-Mante şi Hagiescu: (Spitalul, 1927, p. 459), insistă asupra rarităţii acestei forme, descriind un caz de pioartroză sifilitică a genunchiului stâng.

jos, oferă, mai mult decât alte forme, posibilitatea de a determina cu toată preciziunea natura etiologică a boalei.

Iată, în rândurile cari urmează, observaţia clinică a bolnavului nostru:

Bolnavul M. Dumitru, de 42 ani, se internează la 16 Februarie 1944, în Secţia Medicală a Spitalului „Stamate" din Fălticeni, pentru tumefacţie dureroasă cu impotenţa funcţională a genunchiului drept.

Antecedente heredo-colaterale. — Tata mort la 66 ani. Mama trăeşte şi e sănătoasă, nu a avut avorturi. Un frate şi o soră sănătoşi, cu descendenţă normală. Neagă sifilisul în familie.

Antecedente personale. — Pojar în copilărie. Pneumonie dreaptă în 1932. Din Septembrie 1943 (de 5 luni) a observat ulceraţii multiple ale ambelor gambe, cari s'au cicatrizat spontan, fără niciun tratament; prezintă acum cicatrici regulate şi pigmentaţii multiple. Neagă maladiile venerice(!). Tabagic şi alcoolic inveterat.

Istoric. — Boala a debutat acum 20 zile, cu dureri în genunchiul drept, cari s'au accentuat progresiv odată cu tumefierea zonei suprarotuliene. Fenomenele retrocedează spontan după vreo zece zile, dar numai pentru scurt timp. Durerile reapar, din ce în ce mai violente, tumefacţia revine cuprinzând întreaga regiune a genunchiului (toate fundurile de sac ale articulaţiei). Genunchiul globulos, extrem de dureros spontan sau la presiune, ca şi în timpul mişcărilor cât de reduse, este din punct de vedere funcţional redus la zero (impotenţă funcţională totală). Toate fenomenele subiective sunt ceva mai reduse în cursul zilei şi extrem de exacerbate odată cu venirea serii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Termometrul pus cu regularitate timp de 6 zile înainte de internare, arată o mişcare febrilă neregulată între 37°2—38°. Tratamentul salicilic intens, ca şi antinevralgicele banale, nu arată decât o acţiune prea redusă şi trecătoare asupra fenomenelor subiective şi obiective, iar febra nu este influenţată de loc.

Cu 4 zile înainte de internare, un medic practică o puncţie articulară şi scoate atunci o cantitate de lichid, ceeace aduce o ameliorare manifestă a fenomenelor subiective. Insă în zilele următoare, lichidul se reface rapid, genunchiul devenind din nou globulos şi fundurile de sac sub tensiune din ce în ce mai mare, excerbând durerile la extrem, ceeace face pe bolnav să se interneze în spital.

Stare prezentă. — De constituţie picnic-atletică, bolnavul prezintă tegumentele şi mucoasele palide, fără nicio erupţie, ţesutul celulo-adipos normal desvoltat, sistemul osteo-muscular normal.

Genunchiul drept globulos, cu fundurile de sac sinoviale destinse, sub tensiune. Tegumentele de aspect normal, oedem absent. Socul rotulian prezent. Intreaga regiune este foarte dureroasă, atât spontan cât şi la presiune sau în timpul mişcărilor active sau pasive, reduse complect şi dând o impotenţă funcţională aproape totală; durerile sunt diminuate în timpul repaosului funcţional şi în cursul zilei şi se exacerbază seara şi noaptea sau în timpul mişcărilor. Atrofie musculară absentă.

Pulmonar şi la cord, nimic deosebit de semnalat. Tensiunea arterială: 15—81/2 (Vacquez).

Abdomenul suplu, nedureros. Splina şi ficatul în limite normale.

Reflexele tendinoase, osoase şi cutanate, normale.

Pupilele uşor inegale (stânga puţin mai mare), reacţionează bine la lumină şi acomodează la distanţă.

Temperatura: 37°—37°7.

Examene de laborator: Urina, albumina şi glucoza absente; nimic deosebit în sediment. Sânge: Viteza de sedimentare 82. Seroreacţia Meinicke — pozitivă. Examenul radiologic al capetelor osoase nu arată nicio modificare patologică, în afară de o uşoară decalcifiere difuză.

Tabloul clinic aşa cum a fost trasat mai sus, impunea până la evidenţă diagnosticul de artrită cu lichid a genunchiului drept, iar puncţia făcută anterior arăta că era vorba de o hidartroză. De altfel, la 6 zile după internare, din cauza durerilor extrem de violente reapărute după refacerea rapidă a lichidului articular în cantitate masivă, practicăm şi noi o puncţie articulară scoţând 90 cc. lichid limpede-citrin, uşor filant.

Etiologia sa sifilitică era probabilă având în vedere caracterul nocturn al durerilor, posibilitatea unor leziuni terţiare în antecedente (gome?) cu toată negarea maladiilor venerice, prezenţa anizocoriei, absenţa influenţei preparatelor salicilice şi apoi pozitivitatea seroreacţiei. Dar certitudinea naturii luetice a boalei nu putea fi dată decât de două probe, ambele pozitive în cazul nostru: reacţia Meinicke practicată cu lichidul articular a dat rezultat pozitiv şi tratamentul antisifilitic instituit (Neosalvarsan şi Bismut) a adus căderea definitivă a febrei după numai 5 injecţii şi ameliorarea treptată şi apoi dispariţia boalei.

Atragem atenţiunea asupra faptului că singură reacţia serologică pozitivă în lichidul articular poate impune diagnosticul cu artrita sifilitică, deoarece chiar tratamentul de probă nu poate fi scutit de orice critică absolut obiectivă. Astfel deci prezenţa lichidului intra-articular oferă posibilitatea de a face proba etiologică de certitudine, spre deosebire de celelalte forme de artropatie sifilitică, unde nici eficacitatea unui tratament de probă după o serologie pozitivă nu ne poate da siguranţa că nu ne găsim în faţa coincidenţei la un sifilitic a unei artrite de orice altă natură.

Având în vedere valoarea tratamentului în cazul determinării etiologiei specifice a boalei, credem că ar fi utilă efectuarea sistematică a reacţiei serologice în toate lichidele de puncţie articulară, ceeace ar duce, poate, la depistarea mai frecventă a cazurilor de hidartroză sifilitică.

Digitized by Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE MEDICALA ROMÂNEASCĂ VECHE

de

D-r V. GOMOIU

Bibliografia a devenit o ştiinţă, şi a ajuns destul de vrâstnică (vezi: B. Theodorescu — „Istoria bibliografiei române"). Totuşi, cadrul ei — pe care, unii îl cred bine precizat — este încă foarte relativ. De aceia, mi se pare că nici nu se poate alcătui o bibliografie medicală românească veche, care să se considere necriticabilă.

Căci. In afară de cărţile, broşurile, sau articolele medicale, publicate în România, de către români, — asupra cărora nu încape nici o discuţie, — au apărut atâtea opere care nu au nici-o legătură cu medicina, dar au fost scrise de medici — ca de pildă: „Deutsch-Walachische Sprachlehre" alcătuit de D-rul I. Molnar-Piuariu, în 1788; — „Bucvar" (în bulgăreşte) publicat de D-rul Petre Beron-Berovici (din Craiova), la 1824, — şi altele. De altă parte, există atâtea publicaţii medicale datorite unor nemedici (profani), — ca de pildă: acea „De thermis Herculanis nuper în Dacia detectis", a lui Paschalis Cariophylus (din 1737), — aceia „Despre vărsatul de vacă" (din 1823) a episcopului Samuil Vulcan, şi altele.

Apoi, sunt publicaţii medicale făcute de medicii — români, sau străini, — din ţinuturile româneşti care se aflau odinioară sub dominaţie străină, şi, aceştia formează majoritatea începătorilor; — unele din ele s'au tipărit în ţinuturile de drept româneşti (— ca a lui S. Pauschner (din 1550) la Sibiu, a lui Kirres (din 1551) la Braşov, etc), iar altele au fost tipărite în străinătate (— ca ale lui Thomas Iordanus din Cluj, a lui Andreas Ziegler din Braşov, şi atâtea altele). Ba încă, sunt lucrări care aparţin unor medici străini de neam şi de localitate, dar care s'au stabilit ulterior în ţinuturile româneşti sau chiar în Principatele române, — ca de pildă: alsacianul Brecht von Brechtenberg care a profesat în Sibiu, în Braşov şi în Principate, — sau luxemburghezul Adam Chenot care a profesat în Transilvania şi în Principate, şi mulţi alţii. Iar altele, aparţin unor medici care n'au fost pe la noi de cât în trecere, ori au profesat vreme mai scurtă (— ca, Al. Mavrocordat, Iacob Pylarino, B. Hacauet, etc).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In sfârşit sunt lucrări nemedicale, şi anume: dări de seamă despre călătorii (— unele publicate de medici ca D-r Adam Neale, D-r Koch, etc., iar altele de profani ca I. Boscowich, Fr. Griselini, Raicevich, etc.), sau diferite alte descrieri sau dări de seamă (— ca ale lui Dimitrie Cantemir, Franz I. Sulzer, etc.) care totuşi interesează Istoria medicală. Ba încă, pe lângă „Pravilele" lui Matei Basarab şi Vasile Lupu, sunt unele cărţi pur bisericeşti (— ca de pildă „cele şapte taine" a Logofătului Eustaţie tipărită în Iaşi, la 1644) care totuşi cuprind anumite citate, foarte interesante pentru Istoria Medicală. Afară de acestea, mai există o seamă de publicaţii generale („Calendarul pe 100 de ani", „Siebenburghische Quartalschrift", „Albina Românească etc., — şi chiar Monitorul oficial) care au înserat diferite observaţiuni medicale.

Prin urmare, Cadrul bibliografiei medicale româneşti se poate îngusta sau lărgi — mai mult, sau mai puţin, în raport cu punctul de vedere pe care-l adoptă autorul, şi, ca atare poate să fie aprobat sau criticat, după părerea personală a celui care judecă lucrarea. Aşa fiind. Se înţelege lesne că, de îndată ce domeniul bibliografiei medicale româneşti trece dincolo de lucrările pur medicale publicate în ţară de către medici români, o atare lucrare riscă să fie acuzată de unii ca insuficientă, iar de alţii ca excesivă.

Totuşi. Ţinând seamă că unele din publicaţiile mai vechi au dispărut şi abia li se mai cunoaşte titlul — sau, poate nici acesta, — iar din altele nu se mai păstrează de cât 1-2 exemplare. De altă parte ţinând seamă că împrejurările războiului au grăbit împuţinarea publicaţiilor existente, am socotit că întocmirea unei bibliografii medicale româneşti a devenit o necesitate.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

In împrejurările de astăzi însă, nefiind posibilă imprimarea unei astfel de lucrări — în felul „Istoriei presei medicale", — am crezut că se impune — înfruntând riscul ori cărei critici — să întocmesc măcar această catagrafie a publicaţiilor mai vechi (apărute în epoca dintre anii 1500-1830, căreia îi corespunde „bibliografia veche").

Ori. Trecând cu vederea peste epitaful „învăţatului doctor" **Iohann Sal** (Ioan Salius), pus în 1510 pe mormântul voevodului Mihnea (Mihai), ucis la Sibiu (vezi: Siebenbürgische Quartalschrift Zweiter Jahrgang, II A., pag. 173-4), s'ar putea spune că cel mai vechi nume de autor în legătură cu bibliografia noastră medicală, este acela al medicului preot **Brenner** (Martin), care, în 1540, a tipărit, la **Bâll „Aurelii Brandolini cogusmente hippi dialogus ad Mathiam invictissimum Hungariae regem"** şi **„Antonii Bonfini verum hungaricorum decades tres"** (1543). Deşi aceşte publicaţii nu au nici o legătură cu medicina, ar putea totuşi să fie luate în considerare pentru faptul că autorul lor era un medic (preot) care s'a născut la Bistriţa şi a funcţionat ca medic al Sibiului.

Poate că mai în legătură cu Istoria Medicinei este acea **„Rugăciune de scoaterea dracului"**, compusă în 1550 de către părintele **Grigori** din Măhaci. Dar, aceasta a rămas în manuscris, şi de aceia trec peste dânsa — şi peste toate celelalte manuscrise ulterioare, ca şi peste lucrările dubioase, spre a menţiona numai scrierile despre

care ştim că au fost tipărite şi au măcar oare care legătură cu medicina.

Pauschner (Sebastian) — **Libellus de remediis adversus luem pestiferam**, Cibini (Sibiu), 1550.

(De origină sas, din Zips, autorul a trăit câtva timp la Braşov, apoi s'a stabilit ca medic al oraşului în Sibiu, unde a şi murit. Cartea n'am văzut-o, ci am aflat-o citată de I. Seiverts).

Kyr sau Kirres (Paulus) — **Sanitatis studium ad imitationem aphorismorum compositum**, — şi **Alimentorum vires breviter et ordine alphabetico positae**, — ambele imprimate în „inclyta Transylvaniae Corona, ano MDLI (Braşov, 1551).

(Autorul, de origină sas, s'a născut în Braşov, a fost medic al Braşovului şi a profesat adeseori în Moldova şi Muntenia. Lucrările — citate — nu le-am văzut).

Balsaratus Vitus (Iohan) — **De remediis pestis prophylacticis**", 1564.

(Medic şi preot, autorul a profesat în Transilvania. Lucrările le-am aflat citate de Weszpremi în „Succinta medicorum Hungariae et Transilvaniae biographia").

Gioss (Dacianus) — **Tratato della peste e delle petechie nel quale s'insegna il vero metodo che si deve tenere per perservarsi e ciascum oppresso da tali infermita**, — 1576.

(Citată de Samariam, în „Ciuma", lucrarea descrie o epidemie de tifos exantematic, care a bântuit Ungaria zece ani. Autorul pare român).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Iodanus (Thomas) — **Pestis phaenomena seu de iis, quae circa febrem pestilentem apparent, exercitatio**, 1576, Frankofurti; — **Bruno Gallicus seu Luis novae in Moravia exorte descriptio**, Frankofurti, 1576; — **Commentariolus de aquis medicatis**; — **Comentariolus de aquis medicatis in genere**, Francofurti, 1586; — **Consilia medica**, 1598; etc.

(Considerat ca sas, autorul — care pare a fi românul Iordan Toma — s'a născut în Cluj. Lucrările sunt citate adeseori).

Sommer (Iohann) — **Vita Iacobi despotae Moldavorum Reguli**; — **Reges H. et Clades Moldaviea**, etc., 1580, Witteberg.

(Nu se ştie dacă autorul a fost chiar doctor în medicină, dar lucrarea lui interesează istoria medicinei româneşti, fiindcă numitul a fost rector al Academiei dela Cotnari, şi confirmă existenţa acesteia).

Kertz sau Kerzius (Paulus) — **Quadragintasex inscriptiones romanas et alia monumenta antiqua**; — **Annales qui in templo cathedrali apud Coronenses parietibus inscripti erant.**

(Autorul a fost medic al oraşului Braşov, în lucrările — care pare să nu aibă nimic cu medicina — au fost citate de Seiverts).

Ziegler (Andreas) — **These medicae de cordis ventriculi mordente dolore et colica**, 1610, Wittenberg.

(Autorul, s'a născut în Braşov, a fost medic al Braşovului între anii 1611—1628 şi a fost chemat chiar în Principate, sub numele de „doctorul Andrei".

In timpul studiilor (1606—1628) a mai susţinut trei „Disputaţii medicale", dar nu ştiu dacă s'au publicat).

Monavius (Fridericus) — **Programma quo munus professorum Brassovi quam Coronam vocant**, 1635, Braşov; — **Programma Bistriliae Daco-Sexorum**, 1637.

De origină germană, autorul a fost medic şi profesor al şcoalei lor săseşti din Braşov şi apoi în Bistriţa. Altmintrelea, ambele lucrări sunt străine de medicină.

Basarab (Matetu), voevod — **Pravila bisericească**. (Cea mică), 1640 tip. Govora; — **Pravila**. (Cea mare), 1652.

Autorul nu este medic şi nici lucrarea nu este medicală. Totuşi interesează foarte mult istoria medicinei româneşti, deoarece cuprinde toată legislaţia sanitară a Munteniei din acea vreme. Paragrafele respective au fost reproduse în „Istoria Medicinei" de V. Gomoiu.

Hegenitus (Trostfried) — **Tractat von der Pest**, 1643.

(Nu cunosc lucrarea, dar autorul a fost medic al oraşului Braşov, din 1643 până în 1660, când a murit acolo de ciumă).

Eustatie, Logofăt — **Cele şapte taine**, 1644, Iaşi (tip. Trei Ierarhi).

Autorul nu e medic, iar lucrarea — traducere românească de 322 pagini, format 18/14, scrisă cu cirilice — este bisericească. Totuşi, interesează istoria medicinei prin faptul că tratează despre „Moaşele ce poslujesc la naşterea pruncilor", şi de „Preotul ce se va face vraciu, de va vrăciui boala".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lupu (Vasile), Voevod — **Carte românească de învăţătură**, etc. 1646, Iaşi (Tip. Trei Svetitele).

Autorul nu este medic şi nici lucrarea nu este medicală, ci politică (administrativă). Ea interesează însă istoria medicinei româneşti, deoarece cuprinde toată legislaţia sanitară a Moldovei din acea vreme. Paragrafele respective au fost reproduse în „Istoria Medicinei" de V. Gomoiu.

Bandinus (Marcus) — **Visitatio Generalis Omnium Catholici Romani Ritus, in Provincia Moldaviae**, 1648.

Autorul nu e medic, ci arhiepiscop. Lucrarea sa, scrisă la Bacău, a rămas în manuscris, latinesc dar a fost tradusă de V. Ureche şi tipărită de Academia Română, în 1895, cu ambele texte, formând un volum de 338 pagini. Cuprinde câteva informaţii care interesează Istoria Medicinei).

Hübner sau Hiebner (Israel) — **Mysterium metallorum, herbarum et lapidum**, 1651, Erfurt-Iena; — **Mysterii sigillorum, herbarum et lapidum continuatio**, 1653, Leipzig; — Efemerides,, 1653, Cibinii (Sibiu); — **Kalendarisches Prognosticon auf die grosse Son-**

nenfinsterniss des 1654 Jahres; — Kalender aufs grosse Veränderungsjahr 1666; — Propositiones XIII Astronomiae Transilvanicae, 1668.
Autorul, sas, a fost medic, matematician şi astrolog. A trăit în Sibiu, unde a făcut mai multă vâlvă cu prezicerile lui, decât cu medicina. N'am văzut lucrările.

Bausner (Bartholomeu) — De consensu patium corporis libri III, 1656.
N'am văzut lucrarea. Autorul, medic sas, a ajuns în 1679, episcop al bisericei evanghelice din Ardeal.

Gunesch (Iohan) — Medicatio viri arthritide vaga... laborantis, 1658, Utrecht.
Autorul a fost medic al Sibiului, iar lucrarea este menţionată ca o scriere polemică.

Apatzai Tsere (Iohan) — Modus fundandi Academiam in Transilvania, sereniss. Principi Achatio Bartsai exhibitus, in qua omnium scientiarum Facultatis, etiam Medicina, publice docerentur, 1659.
Autorul a învăţat liceul la Cluj şi Alba Iulia. A mai lăsat alte şase publicaţii menţionate în Weszpremi. (Succinte medicorum Hungariae et Transilvaniae biographia).

Hermann (Martin) — Canones logici selectiones, 1659 Braşov.
Nu cunosc lucrarea. Autorul — de origine sas, — a fost medic al oraşului Braşov.

Mavrocordat (Alexandru) — De instrumento respirationis et circulatione sanguinis, teză de doctorat, Bologna, 1664.
BCU Cluj / Central University Library Cluj
Această lucrare a făcut mare vâlvă. Publicată la început în latineşte, a fost traduse în greceşte, turceşte şi italieneşte. Autorul — grec — a fost căsătorit cu nepoata lui Iliaş Vodă al Moldovei, şi a fost tatăl domnitorilor noştri Nicolae şi Const. Mavrocordat. A profesat în Constantinopol, iar la noi a fost numai trecător.

Francisci (Paul) — Disputatio medica de vertigine, 1668, Argentorati; — Disputatio inaug. de Paralysi et colica, 1678, Altdorfii.
(Autorul s'a născut în Braşov, şi a profesat medicina în Braşov).

Kölsch (Martin) — De pluritide; — De hydrope, 1668, Wittenberg.
Nu cunosc lucrările, dar autorul era sas, din Sighişoara.

Sennerti (Mich.) — Disputatio medica inauguralis de Morbo Hungarico, sive castrensi, 1677.
Menţionat după citaţii.

Tutius (Martin) — Dissertatio inauguralis medica de arthritide, 1683, Wittemberg.
Autorul a fost medic al oraşului Sibiu.

Brecht von Brechtenberg (J. Clemens) — Traité de la circulation des esprits, 1684, Paris.
De origină alsacian, autorul a profesat în Sibiu, apoi a fost medic pe la Curţile noastre şi în urmă a profesat în Braşov, unde a şi murit).

Seulen (Lucas) — **Disputatio medica inauguralis de febribus** 1689, Harderwyk; — **Regimen Salernitanum**, 1696, Braşov.

Autorul s'a născut în Braşov şi a profesat acolo. A fost şi medic la Curtea Domnului Munteniei. Nu ştiu dacă este acelaşi I. Thaugott Seulen von Seulen. V, Bologa preţueşte lucrările ca foarte interesante din punct de vedere istorico-medical.

Francisci (Iohann) — **Memorabila aliquot Transilvaniae**, 1690, Braşov (?).

Nu cunosc lucrarea, dar autorul era din Braşov, frate cu Francisci de mai sus.

Avril (Ph.) — **Voyage en divers etats d'Europe et d'Asie, etc.** etc. 1692, Paris.

Autorul nu era medic, ci misionar. Cartea — volum de 406 pagini, format 24/17 — nu este medicală, dar cuprinde câteva date care interesează istoria noastră medicală.

Papai — Pariz (Francisc) — **Tratat despre cauzele, cuibul şi modul de tratament al boalelor corpului omenesc**, 1692 (în ungureşte); — Dissertatio medico-practica de **therapia morborum morali**. 1714, Halae-Magd.

Lucrări citate. Autorul s'a născut în Dej şi a fost medic al prinţului Ardealului, şi profesor al colegiului din Aiud.

Toutsch (Andreas) — Dissertatio medico-chimica de **tincturis martialibus**, 1693; — **Traecti ad Rhenum officina Francisci Halma**; — **Positionis miscellanae e naturali atque medica scientia**, 1699.

Autorul s'a născut în Sighişoara şi a fost medic al Sibiului. A mai scris două lucrări istorico-religioase. Nu ştiu unde le-a publicat.

Mulaimes (Ioan) — **Descrierea dropicei**, teză de doctorat (?).

Lucrarea este analizată de Hurmuzaki. Autorul, originar din Ianina, poate să fie acelaşi cu Stavros Mulainis, medicul lui St. Cantacuzino.

Abraham Valahu (Leib) — **Carte de medicamente**, 1700,

Nu cunosc lucrarea, iar autorul — care, a profesat la curtea lui Brâncoveanu — poate să fie acelaşi cu Abraham sau Azram „jidovul".

Molnar Szenczi (Albert) — **Discursus de summo bono**, 1701, Kolosvaratt.

Traducere ungară, în două volume de 418 pagini, format mic 16/10, tipărită în Cluj. Pe verso copertei este tipărită o dedicaţie „in honorem translatoris D. A. M. semnată „doctor Samuel Spilenberger medicus".

(Urmare).

MEDICINA LA OMER *)

de

Med. Col. D-r OD. APOSTOL

Noi mai constatăm că *Omer* cunoştea ceva şi din fiziologia sistemului *nervos* central şi periferic.

Cercetată Iliada şi Odiseia din acest punct de vedere, am putut alcătui şi acest capitol.

* * *

Glaucos e rănit la braţ. Sângele curge mereu, numai încetează şi *greu îi e umărul de amorţire (βαρυΘει δὲ μοι ὦμος)* şi lancea nu o mai poate purta cu tărie. (Iliada, XVI, 518-520).

Teucru e lovit de Hector în andreà „unde pieptul e despărţit de grumaz şi rana primită-i de moarte. Struna i-o rupse la mână pe loc *i-amorţi* 'ncheietura *(ναρκησε δὲχειὶρ ἐπὶ Καρπῶ)* (Iliada, VIII. 325.7).

Ναρκι ω = paralizare

..... să bată în cântec pe Muze,
Ficele împlătoşatului Zeus, deaceea şi'n cale zănele atunci l-au vorbit de necaz şi *luatu-i-au darul dumnezeesc* şi făcut-au cu totul să uite de lîră (Iliada, II. 598—600).

Pierron pretinde că Muzele *l-au idioţit* pe *Thamyris*. I-au luat facultăţile sale poetice. E vorbă — credem — de o demenţă.

In Iliada, VI, 200—1 găsim exprimată *Μελαγχολία* lui *Bellerofonte:*

„Singur a tot rătăcit pe câmpia ce-i zice Aleus, pasuri de om ocolind cu inima ruptă de jale".

In versurile 460—1 din C. XXII ar fi vorba de *Isterie.*

Cuvântul *ΛΥΣΣΑ* (Lyss) înseamnă şi *turbare* (Iliada, VIII. 299) dar şi *mânia* (de răsboiu) (Iliada, I; 239, 305; XXI. 542).

Λύσσαν ἔχων ὀλοὴν = Căpiat (Iliada, IX, 305).

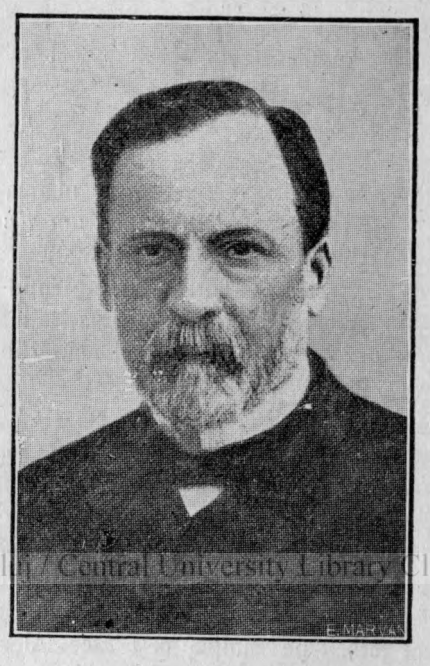
Prin *ΜΑΙΝΟΜΑΙ Omer* înţelege: *îmi pierd minţile, înebunesc, îmi excit simţurile.*

Pentru *nebun, fără minte, Omer* întrebuinţează în Od. XX. 360 termenul *'ΑΦΡΑΙΝΩ (ἀ, φρὴν) 'ΑΤΗ (ἄ—ἀάω)* = după *Pierron* însemna la *Omer: nebunie, minte stricată, (φρενοβλάβεια), minte zănatecă.*

---

*) Fragment dintr'o lucrare în manuscris.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



BCU Cluj / Central University Library Cluj

LOUIS-PASTEUR
1822—1895

de

Conf. D-r C. BART-Iași

Intr'o după amiază de început de toamnă a anului 1895, — exact Sâmbătă 28 Septembrie ora 4,40, L. Pasteur moare într'o localitate din împrejurimile Parisului; s'a împlinit dară în acest an[1]) o jumătate de veac dela moartea lui. Toate țările nu numai Franța, întreaga omenire nu numai lumea medicală țin să proslăvească memoria acestui mare om. In adevăr: dela practica spălării mâinilor și până la operația cea mai complicată, de'a fenomenul cel mai simplu ca fermentarea vinului și până la boala cea mai cumplită cum e turba, — toate ne amintesc de Pasteur. Nu este nicio exagerare că până la un punct toți suntem discipolii lui Pasteur. Nu e vorba deci de o comemorare obișnuită ce se face la anumite intervale de timpuri; veacuri întregi, nu jumătăți de veac, nu vor putea trece

*) Acest studiu a format subiectul unei Conferințe ținută la Cercul Franco-Român din Alba-Iulia în toamna anului 1945.

neobservate pe răbojul istoric al acestei omeniri fără a nu se putea vorbi de cel mai mare geniu pe care l'a avut omenirea. Profanul ca şi savantul, cel mai modest specialist al Medicinei ca şi biologul, toţi găsesc în studiul operei pasteriene intuiţii geniale alături de descoperiri epocale, metode de lucru pe atât de simple pe cât de originale, alături de acel entuziasm veşnic tânăr din care nu lipsea nici fantezia cea mai bogată care îl mâna uneori pe Pasteur să ajungă dela o simplă întâmplare la generalităţi surprinzătoare pentru ştiinţa timpului său. Pasteur a fost pentru Ştiinţă nu numai un factor unic de progres, ci o anticipare de secole. Şi viaţa lui Pasteur e tot aşa de interesantă pentru oricine ca şi opera sa: deşi a trăit şi suferit ca orice muritor, având clipe de îndoială uneori pe lângă momente de entusiasm creator, cu prieteni tot aşa de mulţi ca şi de duşmani, cu zile de doliu —, doliu personal şi naţional —, totuşi personalitatea lui iradia acea simpatie largă care cuprinde totul dela animalele de laborator şi până la întreaga omenire suferindă.

Nu este în intenţia noastră de a reda în detaliu tot ce priveşte opera şi viaţa lui Pasteur. Există deja o bogată literatură în această privinţă; o parte din ea o inserez la sfârşitul acestui articol pentru a fi consultată de cei ce se interesează. Alături de **schiţarea extrem de sumară a vieţii şi operii lui Pasteur** am crezut mai necesar a **analiza mai pe larg caracterul operii pasteuriene.** Această vedere de ansamblu însă e departe de a epuiza tot ce se poate spune de el. Sunt fapte şi probleme din viaţa şi opera acestui geniu care încă trebuesc studiate şi care ar stârni în orice caz interesul oricui nu numai a biografilor. Astfel de exemplu un subiect demn de speculat ar fi şi acela în a arăta — ad absurdum — ce ar fi însemnat ştiinţa şi Medicina din zilele noastre fără opera lui Pasteur. Un alt subiect care merită a fi amintit e şi acela în care s'ar stărui, firesc mai mult construind pe ipoteze, care ar fi fost opera lui Pasteur dacă ar fi rămas în primul lui domeniu de cercetări, adică cristalografia.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In treacăt amintim că în Franţa Blaringhem a publicat deja ceva similar (Pasteur et le Transformisme), deşi în toată opera şi corespondenţa lui Pasteur nu se constată un moment ca el să se fi preocupat vreodată de această noţiune. Şi totuşi o asemenea literatură stârneşte un deosebit interes, când nu vrem să ne restrângem la o biografie comună, ce ne aminteşte un „proces verbal" — intim legat de ceiace a creiat sau a spus un geniu ca Pasteur. Dar problema genezii operii lui Pasteur? Este poate cel mai interesant studiu ce s'ar hazarda. Duclaux un elev şi colaborator de seamă al lui Pasteur, în prefaţa operii sale clasice „Pasteur, Histoire d'un Esprit" aminteşte această problemă, când citează următoarele „....un spirit, mai ales spiritul unui savant este ca o pasăre care sboară; nu-l vedem decât când se aşează pe pământ sau când îşi-reia sborul. Când e vorba de un geniu ca Pasteur, dificultatea pare chiar insolubilă. Se poate, privind mai bine să nu-l pierzi din vedere, precizând punctele unde a atins pământul. Dar dece s'a abătut aici şi nu dincolo? Dece a luat această direcţie şi nu alta, pentru a se

avânta spre noui descoperiri?". Problemă, într'adevăr insolubilă şi care merită totuşi a fi revelată.

*
* *

L. Pasteur s'a născut la 28 Decembrie 1822, (în satul Dôle din departamentul Jura), din părinţi modeşti. Nimic extraordinar de semnalat în copilăria lui, decât doară că era un şcolar conştiincios şi arăta o predilecţie pentru desen. De altfel puţinele portrete ce au mai rămas arată că el nu era lipsit de talent în această direcţie. Chiar în adolescenţă şi în primii ani ai tinereţii nu găsim nimic care să trădeze o precoce manifestare a geniului creator de mai târziu: la bacalaureat, Pasteur obţine „mediocru" la chimie, la concursul dela Şcoala Normală Superioară reuşeşte odată al 15-lea şi a doua oară al 4-lea, iar la agregaţie trece al treilea printre candidaţi. Toate acestea pledează până la un punct, că geniile uneori nu se nasc, ci că totul se reduce adeseori la ceeace spunea un alt geniu creator Edison, că 99% este transpiraţie şi numai 1% este inspiraţie. Şi totuşi unul din dascălii lui Pasteur din copilărie, Romanet, descopere în micul şcolar calităţi deosebite, între care stăruinţă şi entuziasm la lucru, — calităţi care se vor manifesta din plin în viitor şi vor asigura cheia succesului. După observaţia şi stăruinţa lui Romanet, tatăl lui Pasteur, tăbăcar modest şi muncitor din Arbois, se hotărăşte a lăsa pe Pasteur să continue mai departe studiile. Intervenţia lui Romanet s'a arătat a fi foarte fructuoasă, căci Pasteur ajunge la vârsta de 25 ani, Doctor în Ştiinţe dela Sorbona, stăruind în studiu şi fiind entuziasmat de profesorii săi, Dastre, Ballard şi Biot, care îl conduc în domeniul lui favorit de studiu — Ştiinţele şi în special chimia şi cristalografia. Rezultatul nu întârzie să se arate mai mult decât mare: în 1848, deşi la 26 ani, Pasteur publică una din primele sale mari descoperiri, de o importanţă ce frapează pe savanţii timpului şi anume **disimetria moleculară.** Cum era cerinţa timpului, Pasteur trece prin toate gradele de învăţământ: întâi ca profesor de fizică la liceul din Dijon, apoi ca profesor de chimie la universitatea din Strassbourg, apoi ca profesor de chimie şi decan la universitatea din Lille. Peste tot se achită conştiincios, cum îi era obiceiul, neuitând şi de lucrările lui proprii de laborator. Stărue în **studiul cristalelor,** iar la Lille, începe **studiul fermentaţiilor** (1854—1857). Trece apoi la Paris, mai întâi la Şcoala Normală, apoi la Sorbona, unde desfăşoară aceiaşi activitate prodigioasă în cursuri bine pregătite, în conferinţe publice, în audieri regulate la Academia de Ştiinţe, dar mai ales în complectarea studiului fermentaţiilor şi apoi a generaţiei aşa zise spontanee (1862), a **boalelor vinului** (1863) şi a viermilor de mătase (1865), iar mai târziu (1871), în studiul berii. In plină maturitate şi activitate este lovit de hemoragie cerebrală (1868), — care părea că-i va suprima dela orice activitate ştiinţifică. Spre surprinderea tuturor se remite repede şi tot spre surprinderea tuturor trece de-a-dreptul în Medicină, ocupându-se cu bolile virulente dela om şi animale (holera găinilor, cărbunele (1877) şi **turba** (1885), pentru ca să culmineze cu stabilirea **principiului de**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

atenuare a virusurilor (1880) şi cu corolarul acestui principiu, adică vaccinarea şi deci atacarea problemei imunităţei.

Intre timp, Pasteur a avut o viaţă nu tocmai prielnică unui studiu de laborator: mai întâi pentrucă nu existau laboratoare în felul celor de azi şi a trebuit să lucreze în condiţii precare, creindu-şi de toutes pièces laborator şi utilaj şi, apoi, pentrucă n'a fost o descoperire principală, n'a fost comunicare la Academia de Ştiinţe, ori mai târziu la cea de Medicină să nu întâlnească adversari numeroşi, care l-au silit pe Pasteur la discuţii uneori violente şi, în orice caz sterile, care i-au răpit mult timp şi energie fie aducând probe noi, fie controlând probele lor şi silindu-l uneori să fie chiar violent, atunci când constată rea voinţă sau simplu spirit de contrarietate. In special trebue de subliniat printre adversarii lui Pasteur medicii, care, — şi oficial şi public, — au arătat o mare adversitate lui Pasteur. Cei mai mulţi au preferat să rămâie în ignoranţa şi empirismul lor de veacuri, decât să admită ca un „chimiastre" să se amestece în domeniul lor cu descoperiri noui şi cu indicaţii de cum trebue să gândească şi să lucreze pentru viitor. Numai munca stăruitoare şi obsedanta convingere de a realiza noui descoperiri spre binele patriei şi a umanităţei erau pentru Pasteur singura mulţumire în această viaţă tumultoasă. La aceasta trebue de adăugat şi mulţumirea ce-i aducea viaţa intimă de familie, unde o soţie ideală nu numai că îi uşura grijile căminului, dar a fost o colaboratoare preţioasă, — poate cea mai de seamă colaboratoare. Doar, Roux, unul din colaboratorii lui Pasteur a spus de ea „că l-a iubit atâta chiar pe punctul de a-l înţelege"...

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De asemenea şi sfârşitul vieţii lui Pasteur nu este din cele mai ideale. Aici s'ar putea inversa dictonul latin: în loc de „finis coronat opus", s'ar putea zice „opus coronat finem". Pasteur sfârşeşte cu prodigioasa lui activitate ştiinţifică la 1885 deşi moare la 1895. Toţi biografii lui Pasteur se silesc să dea o aureolă frumoasă sfârşitului lui Pasteur: descoperirile lui epocale încep a fi recunoscute şi apreciate nu numai în Franţa, dar şi în lumea largă; omenirea întregă recunoscătoare de binefacerile acestor descoperiri, recunoaşte în Pasteur pe binefăcătorul ei. Societăţi savante şi capete încoronate îl încarcă cu onoruri, — totul culminând cu inaugurarea **Institutului Pasteur din Paris în 1888**, unde elevi şi colaboratori de ai lui lucrează mai departe cu succes; alte Institute similare se răspândesc pe tot globul ducând mai departe faima lui Pasteur. Şi, totuşi, aceasta nu este sfârşitul dorit de el: fire dinamică, cu acea putere de observaţie infinită, cu acel geniu creator inepuizabil, gata de a face descoperiri şi din greşelile proprii ca şi din cele ale adversarilor, — se vede silit un deceniu să ducă o viaţă ştearsă şi inactivă din cauza unei boli fatale, care prin repetirea hemoragiilor, prin greutatea graiului şi neputinţa de a scrie sau umbla, îl reduce la nevolnicie. Ce dramă eschyliană se petrece în sufletul lui, chiar atunci când ascultă lecturile soţiei sau fiicei lui, când primeşte vizitele prietenilor şi elevilor săi, când controlează lucrul colaboratorilor săi! Ce gândia Pasteur în asemneea împrejurări, — el, a

cărui lozincă de toate zilele era „travaillons"? La ce descoperiri tot aşa de mari n'ar fi ajuns el, dacă ar fi putut lucra mai departe, în studiul imunităţii de exemplu, în domeniul căreia de abia intrase şi à priori emisese deja două păreri: cea a epuizării şi după 1885, cea a adiţiunei?

Cu siguranţă, că trecând la experienţă ar fi ajuns la a 3-a părere şi poate cea mai interesantă. Dar ne mulţumim a răspunde la toate aceste întrebări cu ceeace însuşi Pasteur a spus cândva: „D'ailleurs si les hommes passent, leurs oeuvres restent...".

* * *

Când se trece la analiza operii pasteuriene este foarte semnificativ că cu cât se aprofundează această operă cu atâta se găsesc noui caractere, iar când se încearcă a se găsi şi geneza acestei activităţi prodigioasă şi multilaterală s'ar putea spune că până în prezent nu s'a spus ultimul cuvânt. De fapt în literatura biografică de azi cu privire la Pasteur constatăm două tendinţe diametral opuse: pe deoparte laude exagerate, uitându-se însă că marele Pasteur ca orice fiinţă umană, avea, cum spunea şi Metchnicoff, slăbiciunile sale; pe de altă parte o critică exagerat de severă, care mergea până la negativism. Astfel L. Daudet, deşi medic şi om de o mare putere de analiză, nu se sfieşte în al său „Le stupide siècle du XIX - e" să micşoreze valoarea operii lui Pasteur aşa cum dealtminteri critica întreaga activitate ştiinţifică a acestui secol în Franţa. Daudet găseşte multe „trous" în această operă admirabilă a lui Pasteur şi a urmaşilor săi; nu-i dă o existenţă mai mare de 30 ani, — totul reducându-se după Daudet la un „roman ştiinţific" scris de un om într'adevăr genial, Pasteur, dar care era un fel de Napoleon al Ştiinţelor, plin de-o „pitiazâ imaginativă de aspect raţional"... Tocmai pentru a ne apropia cât mai mult de acest geniu e nevoe să ne ferim de exagerări. Nu trebue însă uitat că oamenilor cu mai multă competinţă şi cu un ascuţit dar de analiză le este rezervat a găsi în ce a greşit Pasteur, unde el a fost spontan şi unde influenţat, ce ar fi trebuit să facă şi n'a făcut. Aceste probleme ni se par cu atât mai oportune cu cât glasuri disparate, la intervale de decenii, încep să emită opiniuni cu totul surprinzătoare în felul lui Daudet. Astfel D-r Noir, un nepot şi colaborator al lui Pasteur, afirma într'o publicaţie relativ recentă, că Pasteur, acest mare solitar, nu a avut colaboratori şi deci am conclude noi, ar fi greu de găsit vreo influenţă străină în tot ce a gândit şi creiat Pasteur, deşi şi aceasta este o afirmaţie ce ni se pare puţin exagerată.

1. Chiar dela cea mai sumară analiză a operii lui Pasteur, caracterul originalităţii ne apare imediat. Decât această originalitate nu o atribuim faptului că el a fost unul din fondatorii bacteriologiei cu disciplinele ei anexe: imunitatea şi igiena. Aici se face mereu o eroare atribuind lui Pasteur meritul de a fi descoperitorul „infinitului mic". Leeuwenhoeck cu mai bine de 100 ani înainte de Pasteur a văzut microbii, iar Kirchner a încercat şi o clasificare a lor cu mult înainte de Pasteur. Chiar baccilul antraxului a fost constatat de

CBU Library / Central University Library Cluj

Davaine în sângele animalelor bolnave cu câteva decenii înainte ca Pasteur şi Koch să se fi ocupat cu antraxul. Şi în problema generaţiei spontanee Pasteur a avut precursor pe abatele Spallanzzani, care a susţinut exact teza lui Pasteur: omne vivum ex ovo. In fermentaţii deasemenea Pasteur a avut precursori. Cagnard de la Tour încă din 1836 întrevăzuse rolurile levurei, iar în ştiinţă se izolase deja unii fermenţi ca diastaza lui Payen, sau amigdalina ori emulzina lui Liebig şi Wöhler. Când e vorba de maladii virulente şi contagiune apoi putem găsi precursori până în secolul al XVI-lea, când Fracastor vorbeşte lămurit de contagiune în unele boli şi de un ferment virulent drept cauză eficientă. Originalitatea lui Pasteur constă în aceia că fără vreo pregătire prealabilă atacă probleme mari în domenii cu totul noui: printr'o intuiţie genială el avansează uneori experienţa, dar printr'o concentrare la lucru, prin experienţe uneori extrem de simple, el adună o bogăţie de fapt din care scoate adevăruri eterne şi irefutabile.

Dealtfel Pasteur dela început a debutat în ştiinţă cu o descoperire originală: **disimetria moleculară.** Atunci bătrânul savant Biot exclamă celebra frază: „scumpul meu copil, am iubit atât de mult Ştiinţele în viaţa mea încât aceasta (descoperirea lui Pasteur) mă face să-mi bată inima!" Astfel graţie geniului creator al lui Pasteur o originală descoperire aduce deslegarea unei enigme care chinuia pe cei mai mari chimişti ai timpului; e vorba de **acidul racemic.** Odată cu publicarea acestei descoperiri (Recherches sur les relations qui peuvent exister entre la forme cristalline, la composition chimique et le sens du pouvoir rotatoire), Pasteur, poate fără să ştie, — şi geniile îşi ignorează adesea importanţa şi influenţa operii lor —, pune **bazele chimiei fizicale moderne şi a sterio-chimiei.** Original rămâne Pasteur şi când părăseşte domeniul lumii anorganice, în specie cristale, şi trece în domeniul lumii organice în specie fermenţi. Până la Pasteur ideia de fermenţi şi fermentaţii era foarte vagă în lumea ştiinţifică. In general existau două păreri: după una, fermenţii, deşi foarte numeroşi în natură, intervin fără de nici-o ordine în diferitele procese de desfacere a materiei organice; după altă părere, — şi aceasta prevala, fiind susţinută de cei mai de seamă chimişti ai timpului cu Liebig în frunte —, se susţinea că toate aceste prefaceri ale materiei organice din natură au loc prin simple acţiuni fizico-chimice, fără intervenţia unor factori dinafară. Nu numai prefacerile organice, dar şi viaţa era explicată printr'o forţă sua-sponte, forţă inanimată, şi tot de natură fizico-chimică, deci iar fără o intervenţie exterioară. Ori Pasteur prin experienţe de ani aduce lumină în acest haos ştiinţific prin alte **două descoperiri originale: 1. Fermentaţia obligat se face prin intervenţia unor fiinţe vii,** este legată de viaţa acestor fiinţe, este deci un proces de viaţă pe care îl putem urmări în natură tot aşa de bine ca şi în laborator; **2. Generaţia aşa zisă spontanee este o himeră** care nu poate fi susţinută decât din ignoranţă ori din lenevirea de a gândi. El ajunge la aceste două mari adevăruri pornind dela nişte experienţe extrem de simple ca să dovedească odată mai mult că ceiace este original şi genial n'are

nevoie de a fi conceput prea savant şi dovedit prea complicat. Intre altele pe când încă se ocupa cu cristalii, el observă că în mod constant dintr'o soluţie de acid racemic (amestec egal de acid tartric levogir şi destrogir) sau o sare a acestui acid, numai acidul tartric dextrogir sau sarea corespunzătoare sunt consumate de o ciupercă fortuit căzută în soluţie. Când la Lille, după instigaţia industriaşilor de acolo, Pasteur se sileşte a găsi explicaţia randamentului mic de alcool din sfeclă, el află că tot un factor viabil, o levură, e cauza eficientă a transformării zahărului în alcool şi acid carbonic. Când suferă această levură, transformarea este defectuasă. Se înţelege că sute de experienţe a trebuit să facă Pasteur, izolând şi cultivând această levură până să ajungă la o concluzie ce nu priveşte numai fermentaţia alcoolică şi cea lactică, dar toate fermentaţiile (butirică, a vinului a berei, a oţetului): fermentaţia presupune intervenţia unei fiinţe vii, — levură sau microb, este deci un proces de viaţă şi nu numai un proces fizico-chimic. Cu această ocazie el stabileşte încă două legi corolare: **fiecare fermentaţie are o cauză aparte**, deci se introduce pentru prima oară noţiunea de specificitate; apoi **unele din aceste procese de fermentaţie au loc fără acţiunea oxigenului**, deci în perfectă anaerobioză, — aşa cum e fermentaţia butirică.

Cum „infinitul mic" se aduce în discuţie într'o lumină nouă, cu un rol aşa de mare în Natură, — procese de fermentaţie, procese de putrefacţie —, toată lumea ştiinţifică se ridică contra acestor descoperiri originale, care nu intrau în cadrul vederilor oficiale, — aducându-se în discuţia vechea problemă a generaţiei aşa zise spontanee. Prin experienţe pe atât de celebre pe cât de simple, executate când în subsolul observatorului din Paris, când pe înălţimile muntelui Poupet, **Pasteur demonstră universalitatea „infinitului mic" şi exclude pentru totdeauna generaţia spontanee.** El rămâne solid pe terenul faptelor de experienţă, considerând generaţia spontanee ca o aberaţie şi susţinând: omnis cellula ex cellula, adică viaţa nu apare fortuit pe pământ prin jocul forţelor fizico-chimice asupra materiei organice, ci dintr'o celulă vie. Deşi prin deslegarea rolului infinitului în natură, şi rezolvirea definitivă a fenomenelor de fermentaţie, el desleagă în mod original fenomene fiziologice de viaţă celulară, apropiindu-se cât mai mult de marea enigmă a vieţii, totuşi, el ştie când trebue să se oprească în sondarea Naturii, nevoind să anticipeze nimic hipotetic asupra acestei enigme, ci rămânând în acea atitudine modestă de creştin când se găseşte în faţa misterului vieţii: „Filozofia mea este, a scris el cândva, cu totul pornită din inimă şi de loc din raţiunea rece dându-mă cu trup şi suflet spre exemplu către aceia care îmi inspiră aceste sentimente, în mod firesc eterne, ca acele ce le simţim la căpătâiul copilului mult iubit, şi pe care îl vedem dându-şi ultima suflare. In acest moment suprem, este ceva în fundul sufletului nostru, care ne spune că lumea n'ar putea fi pur şi simplu o totalitate de fenomene potrivite într'un echilibru mecanic şi eşită din haosul elementelor printr'un simplu efort al jocului gradat de forţe ale materiei..."

Original a fost Pasteur nu numai când studia o problemă, ci

şi atunci când o părăsea pentru a ataca o altă problemă. Astfel în loc să stărue în fenomenele de fermentaţie, în special cele ce se petrec într'un organism, — aşa cum părea la început că-l interesa —, el trece deodată la studiul bolilor virulente. La 30 Aprilie 1878 el face împreună cu Joubert şi Chamberland, acea comunicare faimoasă în Academia de Medicină despre **teoria germenilor**, teorie, care avea să bulverseze pe toţi medicii şi toate academiile prin originalitatea cu care acest cristalograf, chimist, botanist ori fiziolog dacă vreţi îşi permite să intre în domeniul Medicinei nu ca să se instruiască, ci să înveţe pe alţii un fel nou de a gândi şi a lucra în anumite boli. Şi fiindcă vorbim de boli şi de microbi e demn de notat o încă notă originală din partea lui Pasteur: el aşa era de entuziasmat de perspectiva acestui nou studiu şi din care omenirea va beneficia enorm, că **nu s'a îngrijit măcar să aleagă termenii ad hoc pentru noua ştiinţă pe care o creia dintru început, lăsând în seama altora sarcina terminologiei.** In adevăr cuvântul microb este propus de Sedillot şi Pasteur îl adoptă fără nicio pretenţie de paternitate, — el utilizând până atunci termenul generic de **„animalcules microscopiques"**.

2. Un alt caracter fundamental care ne frapează analizând opera lui Paster este şi acela de a fi complect **revoluţionară**: revoluţionară prin faptul că răstoarnă gândirea ştiinţifică şi cea medicală de pe vremea lui, deschizând largi orizonturi cu idei noui, ba chiar creind noui ştiinţe şi discipline; revoluţionară apoi şi prin maniera lui particulară de a gândi şi lucra, — manieră pe care cei mai mulţi din contemporanii săi nu o înţeleg, iar alţii o critică vehement, ceiace face ca unele şedinţe dela Academia de Ştiinţi şi mai ales dela Academia de Medicină să devină puţin academice. In adevăr ce surprize pe academicienii dela ştinţi când aude pe Pasteur afirmând între altele că **ştiinţa e una**, că **diferitele ei discipline nu trebue să rămână izolate una de alta** şi că deci **omul de Ştiinţă trebue pe toate să le aprecieze** şi dacă se poate **să le cunoască.** Dar academicenii dela Medicină nu rămân consternaţi când un chimist le vorbeşte de boli şi când afirmă că progresul Medicinei e legat de progresul celorlalte Ştiinţi? sau când le asvârle în faţă şi acest paradox: **ca să fi un bun doctor trebue să cunoşti chimia.** Acelaş caracter revoluţionar îl vedem la Pasteur şi când lucrează în laborator şi când vorbeşte dela catedră sau tribună: Ştiinţa nu este un lux, închisă în turnul de fildeş al specialiştilor; ea trebue răspândită în marele public şi mai ales adevărurile ei teoretice trebuesc imediat aplicate spre un folos practic. Poate că în aflarea genezii operii lui s'ar putea discuta şi această tendinţă expresă a lui Pasteur de a da o **turnură practică ştiinţelor pozitive** şi aşa ne-am explica poate trecerea lui Pasteur dela cristalografie la fermenţi şi de aici la bolile virulente. In orice caz chiar din timpul când era în învăţământ îl vedem făcând excursii cu studenţii, sau explicând industriaşilor din Lille importanţa laboratorului pentru uzină, sau dând lămuriri într'o conferinţă la Orleans pentru fabricarea oţetului. Uneori Pasteur scoboară din înălţimile preocupărilor sale ştiinţifice până la modestul fermier sau lucrător într'o fabrică de bere dând sfaturi, ba chiar căutând a învăţa el însuşi

CB-Cluj / Babeş-Bolyai University Library, Cluj

ceva din empirismul lor de veacuri. Deci revoluţionar a fost Pasteur nu numai demonstrând că poate fi viaţă fără oxigen (anaerbioză) ci în felul său de a se informa în lumea celor umili.

3. Un alt caracter, al operii lui Pasteur este fără îndoială şi acela de a fi **logică**, admirabil de logică în toate stadiile ei. Faptul acesta a fost relevat deja de Duclaux, care a privit opera maestrului său ca **„desvoltarea logică şi armonioasă a unei aceleaşi gândiri"**. Cu siguranţă că atunci când Pasteur studia cristalii nu se gândea că va sfârşi cu tratamentul turbii. Iarăşi e evident că la o analiză superficială a operii lui nu vedem nicio logică în trecerea lui dela cristalografie la fermenţi şi de aici la patologie. Tocmai această aparentă necoordonare în studiile lui a fost un motiv de critică aspră a contemporanilor lui Pasteur şi în special a medicilor, care vedeau în Pasteur un intrus ce trebuia să rămâie în laborator la eprubetele şi retortele sale şi să nu se apuce la vârsta maturităţii în a studia unele boli, ba chiar a preconiza şi tratamentul lor. El însă, care, cum a spus bine Tyndall, avea acea **„admirabilă facultate de a combina faptele cu raţiunea acestor fapte"**, a fost condus de un fir conducător şi perfect logic în tot ce a gândit şi a experimentat, după cum vom vedea. Chiar vom insista mai mult ca oricând asupra acestui caracter, căci, ni se pare, că făcând analiza prin acest unghiu al logicei vom găsi şi cheia genezei operii lui.

Graţie voinţei sale concentrate de muncă şi puterii sale geniale de observaţie; graţie deasemenea entuziasmului său pentru Ştiinţă pe care l'a manifestat încă din universitate; graţie în fine darului său excepţional, dacă vreţi poetic, în orice caz aparent neştiinţific, de a anticipa unele adevăruri printr'o intuiţie clar văzătoare, pe care simţul său critic exagerat până la maximum nu-l lăsa să se rătăcească multă vreme în consideraţii generale, până ce alte fapte şi noui experienţe nu-i confirmă anticiparea, Pasteur a reuşit în tot ce s'a apucat să creieze. Din această cauză nimic din ce a creiat el n'a fost faptul întâmplării, deşi găsim în viaţa sa unele fapte, — răslete e adevărat — ca acţiunea levurei asupra paratartaţilor, atenuarea virusurilor, care par a fi relevate lui Pasteur întâmplător. Ori în această privinţă însuşi Pasteur se explică: **„în domeniul observaţiei întâmplarea nu favorizează decât minţile pregătite"**. Este un mare adevăr în această afirmaţie: o fi căzut mere şi înainte de Newton pe nasul multora fără ca unul din aceştia să se gândească la gravitaţie. Iarăşi e demn de remarcat că puţine exemple găsim în viaţa lui Pasteur în care el să fi încercat ceva şi să nu fi reuşit. Se citează, spre exemplu, studiul ce l'a făcut Pasteur împreună cu Claude Bernard şi St. Claire Deville asupra epidemiei de holeră din Paris din 1865. Aici trebue de amintit că pe acea vreme Pasteur nu abordase încă studiul bolilor virulente, ci abia isprăvise cu cel al fermentaţiilor şi în prezent era absorbit în studiul bolilor vermilor de mătase; am putea adăuga şi faptul că colaborarea, cel puţin pentru Pasteur, nu era o fericită ocazie, — felul lui de a lucra fiind cu totul aparte.

Să revenim însă la **logica operei pasteuriene** şi la cercetarea firului conducător din viaţa şi opera sa pentru a ne explica dece el

CC-0. BCU Cluj / Central University Library Cluj

a trecut dela cristalografie la fermentații și de aici la patologie. Evident acest fir e greu de găsit și totul s'ar explica mai degrabă la Pasteur prin acele salturi hazardate dintr'un domeniu în altul al activității spiritului omenesc, care amintesc unele figuri din Evul Mediu sau din Renaștere ca, Pic de Mirandola cu a lui faimoasă lozincă: De omne re scibili et quibusdam aliis. In treacăt amintim că multiplicitatea activității lui Pasteur a avut și o parte anecdotică: membrii Academiei de Stinți erau foarte încurcați la care secție să-și pue Pasteur candidatura; și fiindcă Pasteur studiase levurile, deci subiect de botanică, un membru botanist s'a oferit să-i susțină candidatura la secția respectivă, dacă se face numai dovada că în biblioteca lui Pasteur se află un tratat de botanică...

Cert este că Pasteur a intrat în arena lumei științifice ca chimist și mobilul și logica dela prima sa descoperire nu este decât rezultatul calităților lui personale, relevate încă din copilărie de către Roumanet; le repetăm căci sunt demne de repetat: stăruință și entuziasm în lucru. Numai aceste două calități l'au ajutat pe tânărul Pasteur să deslege enigma pe care cei mai mari chimiști ai timpului ca: Liebig și Mitscherlich, Biot, Dastre și Ballard nu o deslegase: printr'o muncă stăruitoare Pasteur constată că cristalii acidului racemic nu sunt complet regulați, ci prezentau suprafețe neregulate priviți cu atenție la microscop. Era vorba de ceiace se numește azi hemiedrie. Constatarea aceasta nu avansa însă mult știința: se știa că acidul tartric și acidul racemic sau paratartric au aceiași greutate moleculară, aceiași constituție chimică, aceleași comportări în reacție și după Pasteur aceiași disimetrie. Nu se explica însă comportarea lor deosebită față de lumina polarizată: în vreme ce acidul tartric devia totdeauna la dreapta, acidul racemic nu devia nici la dreapta nici la stânga, era cum se spune în chimie, optic inactiv. Decș? Pasteur stăruie în studierea cristalurilor obținuți din o soluție de acid racemic; el nu întârzie să descopere că această hemiedrie a acidului racemic se deosebește de cea a acidului tartric, în sensul că o parte din cristalii primului acid prezintă — așa cum îi privea la microscop — o hemiedrie dreaptă, pe când altă parte de cristali aveau hemiedria la stânga. S'ar fi putut opri la această constatare destul de importantă și care scăpase din vedere marilor chimiști, dacă stăruința lui în lucru nu l-ar fi mânat să meargă cu cercetările mai departe. Printr'o migăloasă muncă el parvine să grupeze toți cristalii cu hemiedria la dreapta deoparte și cei cu hemiedria la stânga de altă parte și atunci face o nouă constatare tot așa de importantă ca cele de mai sus, anume, că în acidul racemic sunt părți egale de cristali hemiedrici drepți și stângi. Fără să spue nimic, el continuă cu aceiași răbdare cercetările. Obține soluții din fiecare categorie de cristali și fiecare soluție o controlează la polarimetru. Atunci enigma acidului racemic apare pentru Pasteur complect rezolvată: în vreme ce soluția cu cristali hemiedrici drepți deviază la dreapta, — cealaltă soluție de cristali hemiedrici stângi deviază la stânga. Ese atunci brusc din laborator și către primul ce-l întâlnește exclamă nestăpânit. „Tout este trouvé!" Abia mai târziu face un control, — metodă care va fi

http://biblioteca-digitala.ro/ Biblioteca Universitatea Bucureşti

totdeauna pentru Pasteur un postulat imperios de lucru —, şi amestecând soluţiile de mai sus observă că la polarimetru nu se mai face nicio deviere, — puterile rotatoare de sens opus anihilându-se. Se înţelege că cu bună logică după această descoperire epocală el va mai stărui încă a lucra cu cristalii. In adevăr nu întârzie ca în afară de disimetrie să facă în acest domeniu şi alte descoperiri importante: cristalii, au şi ei o viaţă a lor particulară, cu forme de dimorfizm şi polimorfizm, cu forme normale şi forme de hibrizi, — forme care se „nasc" după anumite legi pe care mai târziu Gregor Mendel le va găsi la plante. Mai mult: cristalii au şi o patologie a lor, prezentând cicatrici şi forme de regenerare; dacă se mai adaugă la toate aceste date cu totul noui şi altele ca „germeni cristalini" şi „mozaic de cristali", — înţelegem dece tânărul savant ar fi putut trece într'o celebritate bine meritată, chiar dacă n'ar mai fi făcut nimic în tot restul vieţii sale. Nu trebue însă să uităm că Pasteur şi fantaza uneori. El, tipul omului de ştiinţă care nu afirmă nimic decât pe baza faptelor şi a experienţei, deşi ştie că nu poate fi nici o logică în fantezia unui poet, fie ea cât de frumoasă, se avântă totuşi pe culmea imaginaţiei şi iată-l pe Pasteur clădind pe un fapt real al disimetriei moleculare din lumea cristalelor o întreagă poezie quasi ştiinţifică: el crede că **disimetria este o lege universală a Naturii**, ce o putem constata şi în lumea animată, fiecare organ prezentând o bipolaritate, fiecare fiinţă o disimetrie; se gândeşte chiar a afla forţele ascunse pe care le întrebuinţează Natura în creiarea acestei disimetrii, când, observarea unui fapt simplu îl scoate pe poet din reverie. In adevăr el constată că ori de câte ori o ciupercă, banală şi destul de răspândită: penicillium glaucum —, se depune probabil din aer în o soluţie de acid racemic, sau într'o soluţie de-o sare a acestui faimos acid, partea dextrogiră dispare şi la lumina polarizată final Pasteur nu constată decât numai prezenţa părţei levogire. Din această simplă observaţie, pe care cu bună seamă că Pasteur a controlat-o în diferite moduri şi de multe ori, două fapte clare se degajează: unul, de o mai mică importanţă, după care imitând natura se poate obţine astfel şi în laborator acidul tartric levogir sau o sare a acestuia; celălalt fapt, de o importanţă covârşitoare, ne indică că numai acidul tartric dextrogir sau sărurile lui servesc de hrană ciuperci citată mai sus. **Disimetria moleculară, proprie numai lumei organice, apare cu ocazia unui proces fiziologic de hrană** a unei fiinţi microscopice. Iată deci răspunsul sau o parte din răspunsul pe care îl căuta Pasteur savantul şi Pasteur poetul, adică care e cauza disimetriei moleculare? Un fapt banal, o curiozitate de laborator dacă vreţi, îi desleagă **enigma disimetriei moleculare**. De aici până la studiul fermentaţiilor n'a fost decât un pas pentru Pasteur care căuta totdeauna „les raisons des faits", un pas logic am adăuga noi, căci ne explică cum chimistul părăseşte lumea cristalelor ca să devie fiziologic şi biologic, interesându-se de fermenţi şi fermentaţii. O ocazie de a studia procesul fermentaţiei, aşa cum se grăbesc toţi biografii s'o indice, i se oferă lui Pasteur, care în acea vreme se găsea ca profesor de chimie la Lille. Industria alcoolului suferea mult

Biblioteca Universitatea "Ion Creanga" Iasi

în acest oraş. Pasteur ascultă binevoitor plângerile industriaşilor care erau nedumeriţi, că deşi nu s'a schimbat nimic în fabricele lor, randamentul de alcool era tot mai mic. El vizitează atunci fabricele, întreabă pe fiecare dela inginer până la lucrător, observă totul şi începe să caute la microscop mustul de sfecle. Izolează o levură, constată apoi că această levură nu era cea normală. Cultivă atunci levura normală şi găseşte că această levură normală este cauza eficientă în fermentaţia alcoolică: zahărul din sfeclă fiind hrana ei şi în acelaş timp prin levură acest zahăr se dedublează, când fermentaţia se face în condiţii normale, în produsele finale de alcool şi acid carbonic. Descoperire epocală pentru ştiinţă, căci pentru prima dată se dă o explicaţie justă a procesului de fermentaţie, — proces legat cum vedem de viaţa unei fiinţi microscopice. Descoperire logică am putea adăuga noi, care ne explică acuma trecerea lui Pasteur dela cristali la fermenţi şi dela disimetrie la fermentaţie. Nu va întârzia mult şi Pasteur savantul va studia pe rând şi tot aşa de magistral şi alte procese de fermentaţie, aşa cum am văzut mai sus. Va trece apoi şi la fenomenele de putrefacţie, — tot un proces de fermentaţie a substanţelor albuminoide, dar mult mai complex ca cele de fermentaţie procese în care tot „infinitul mic" joacă rolul principal, de data aceasta microbi nu levure sunt cauza, microbi aerobi şi mai ales anaerobi. Dar şi poetul nu va fi inactiv: „infinitul mic" pe care îl întâlneşte la tot pasul, fie că studiază generaţia aşa zis spontanee, fie că analizează fiecare proces de fermentaţie şi de putrefacţie, frapează pe Pasteur poetul într'atâta încât îi atribue un rol mare, poate cel mai mare pe pământ, acest infinit mic fiind acela care intervine într'atâtea procese vitale şi organice, şi care face legătura între natura moartă anorganică şi cea vie organică, — el întreţinând într'un cuvânt circuitul vieţei pe pământ. Am depăşi cadrul acestui articol, dacă am încerca să dovedim că toată această fantezie a lui Pasteur, — fantezie numai pentru contemporanii lui care o considerau subiect de roman, — a putut fi confirmată mai târziu de urmaşii lui Pasteur, care a studiat microbii solului şi au arătat că în adevăr fantezia lui Pasteur era o realitate. Mai e nevoe de adăugat că higiena modernă a creiat din aceste inspiraţii geniale procedee biologice de epurarea apei şi a resturilor organice care pot fi redate din nou solului pentru fertilizarea lui, totul graţie numai acestui „infinit mic", ignorat sau luat în derâdere de contemporanii lui Pasteur?

Dar să continuăm logica operii pasteuriene, care nu va înceta să existe atât timp cât Pasteur a putut lucra şi care până la un punct ne dă şi cheia genezii acestei activităţi geniale. Am văzut până acuma cum Pasteur savantul ca şi Pasteur poetul aveau un fir conducător în tot ce lucra şi gândea aşa că totul ne apare unitar şi armonios. Dar Pasteur omul ce gândeşte? Se mulţumeşte el oare, nemuritor şi rece, numai cu enunţarea descoperirilor sale care ar fi rămas ca un material ştiinţific ce poate fi consultat de specialişti în comunicările sale dela Academia de Ştiinţi? Faima dobândită îl satisface personal îndeajuns ca să nu mai aibă şi alte preocupări ce privesc conaţionalii săi, patria sa şi în general întreaga omenire suferindă? Nu: Pasteur

BCU Cluj / Central University Library Cluj

omul nu face orgolios Ştiinţă pentru Ştiinţă. Deja dela începutul studiului fermentaţiilor el se sileşte să dea o aplicare imediată în practica de toate zilele a datelor teoretice pentru folosul conaţionalilor şi pentru faima Franţei care nu încetează să o adore. Doar el e acela care a afirmat expres că **„Ştiinţa nu are patrie, dar oamenii de ştiinţă trebue să aibă o patrie"**. De aici strădania lui, complet desinteresată, de a îmbunătăţi producţia alcoolului, de a perfecţiona produsele celorlalte fermentaţii, de a recomanda încălzirea vinului la o temperatură moderată, pentru a-l feri de alterare, de a găsi procedeul ideal de fabricarea berei franceze care trebue să fie mai superioară, după el, decât cea germană, în fine de a găsi mijloace ca să împiedece alterarea laptelui prin fermentaţie (pasteurizare) şi aşa mai departe. Ca urmare Franţa în special a câştigat milioane de franci nu numai depe urma aplicărei practice a adevărurilor enunţate de Pasteur, dar şi din strădania lui personală de a colinda întreaga Franţă, uneori şi străinătatea, mai întâi ca să se informeze şi apoi să înveţe pe conaţionalii săi. Astfel graţie acestei logici Pasteur omul se arată capabil să se ocupe cu chestiuni cu totul străine de el, pe care Pasteur savantul şi chiar Pasteur poetul le-ar fi crezut imposibile. Aşa îl vedem pe Pasteur studiind timp de 5 ani în sudul Franţei boalele vermilor de mătase, — el care nu văzuse până atunci un gogoş de mătase; graţie acestei **atitudini pur omeneşti îl vedem mai târziu pe Pasteur chimistul că se ocupă de studiul bolilor microbiene**, — el care nu era medic şi nu fusese niciodată în spital. Mişcat de suferinţa animalelor nu numai a oamenilor, el nu ezită să treacă dela procesul fermentaţiilor — proces fiziologic şi chimic —, la boli, care în fond tot procese de fermentaţie sunt dar de ordin patologic, fiind legate deasemenea de viaţa unor membri ai infinitului mic, cari prin toxinele lor atacă şi distrug viaţa omului şi a animalelor. Biografii lui Pasteur nu pot preciza cu siguranţă dacă Pasteur, savantul a pornit la studiul bolilor virulente stimulat de colegul său dela Academia de Ştiinţi şi fostul profesor, marele chimist Ballard, ori de medicul Déclat, colegul său dela Academia de Medicină, — după cum ei iarăşi nu pot preciza dacă Pasteur poetul s'a inspirat din profeţia lui Robert Boyle, care cu 200 ani înainte de el a spus că cel care va deslega enigma fermentaţiilor, va fi capabil să rezolve şi procesele morbide. Pasteur omul, însă, ştia că există o lume suferindă şi, se înduioşa pentru orice animal de laborator, numind chiar pe guzgani „pauvres bêtes".

Astfel **firul conducător îl conduce pe Pasteur dela fermenţi la microbi patogeni şi dela fermentaţie la boli.** Astfel îl vedem pe Pasteur atacând studiul unor boli virulente, deopotrivă pentru om ca şi pentru animale, aşa cum am văzut mai sus studiind opera sa. Şi cum Pasteur savantul nu înceta să activeze în aceiaşi măsură în care Pasteur omul simţea, — deaceia îl vedem pe el stăruind mai mult asupra câtorva boli numai, studiind în amănunţime microbii acestor boli, căutând mai ales să nuanţeze puterea lor agresivă în toate limitele posibile, — zicem azi studiind virulenţa lor, pentru ca să ajungă final şi victorios la găsirea mijloacelor de a combate aceste boli şi astfel şi savantul şi omul să se simtă achitaţi de lucrul început.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu ştim precis, şi e regretabil, ce mai fantaza Pasteur poetul în această fază nouă a operii lui: prea era absorbit de problemele ce se hotărâse a le rezolvi; prea era hărţuit de adversarii săi, după cum am văzut mai sus. Poate că în notele lui, — căci avea obiceiul să-şi noteze zilnic pe lângă experienţele făcute sau pe cale de a le face şi toate anticipările —, s'ar fi găsit ceva, dar multe din aceste note lipsesc. Şi apoi boala fatală îi curmă treptat orice năzuinţă de lucru şi poate şi fantezia: nu mai poate sta la pupitru, nici vorbă să scrie, vorbirea îi era tot mai greoaie, şi deci Dumnezeu ştie ce mai gândea, fantaza ori simţea el atuncea. Logica operii sale însă e evidentă: dela cristali la fermenţi şi dela fermenţi la microbi a fost un fir conducător după care a urmat paşii uriaşi dar măsuraţi ai aceluia care a întruchipat ca niciodată o **trinitate fericită; — savantul, poetul şi omul.**

4. Un alt caracter care trebue relevat din analiza operii lui Pasteur e acela că dintru început până la sfârşit această operă este **„binefăcătoare"**. Condus, cum am văzut, de principiul că o descoperire ştiinţifică nu-şi capătă o valoare completă dacă nu i se găseşte o aplicare pentru folosul omului, iar mai târziu fiind antrenat în studiul bolilor virulente numai din dorinţa de a folosi omenirei, — Pasteur bine merită în tot ce a creiat şi gândit a fi numit **„binefăcătorul omenirei"**. Relevăm acest caracter al operii pasteriene pentru două motive:

a) întâi pentrucă nu s'a insistat îndeajuns de către toţi acei care i-au studiat opera, unii din ei chiar găsindu-l pe Pasteur orgolios şi chiar interesat;

b) şi apoi pentrucă azi, mai mult ca oricând, e oportun a se discuta dacă ştiinţa în genere trebue să fie sau nu binefăcătoare omului şi civilizaţiei.

Dacă ne gândim la beneficiile enorme realizate în Franţa de pe urma descoperirilor lui Pasteur, fără ca el să fi luat sau să se fi gândit a lua din ele ceva; dacă ne gândim că Pasteur „avea o repugnanţă incontestabilă pentru comercializarea produselor Institutului Pasteur" şi, — adaugă mai departe nepotul său, D-r Noir: „caut în amintirile mele ocaziile în care să-l fi auzit pe Pasteur vorbind de bani şi nu găsesc niciuna", — înţelegem atunci că numai din spirit de adversitate se mai poate vorbi de interes la Pasteur. Câte n'ar fi putut cere Pasteur, de exemplu, în audienţele pe care le-a avut la Napoleon al III-lea şi chiar în timpul şedinţelor ştiinţifice făcute de Pasteur în faţa împăratului şi a curţii din Tuilleries pentru satisfacerea sa personală! El însă declară împăratului categoric că nici gând nu are să beneficieze de pe urma descoperirilor lui în fermentaţie şi că simpla ambiţie a lui este să înceapă studiul bolilor virulente de care omenirea suferă atâta. Ca să fim complecţi însă trebue să adăugăm că Pasteur a cerut ceva: el a cerut împăratului să intervie pentru **ameliorarea învăţământului superior din Franţa şi să se ridice laboratoare**, necesare în special la Şcoala Normală şi Sorbona cel puţin la fel ca cele din Germania.

Totuşi critica severă ce s'a făcut ştiinţei veacului al XIX-lea

de a fi prea puţin binefăcătoare pentru om, repet, merită a fi discutată pentrucă este tot aşa de oportună şi în veacul nostru. Da, technica modernă, această fiică preferată a Ştiinţelor din ultimele secole a permis omului să cucereasca multe forţe ale Naturii, dar maşinile. orgoliul technicei moderne, înainte de a pune pe om în completă stăpânire a Naturii, au distrus şi distrug încă toată osteneala omenirii de veacuri, adică civilizaţia. E greu de răspuns ce a câştigat omenirea din descoperirea dinamitei sau a bombei atomice câtă vreme nu e greu de constatat sau de prevăzut dezastrele ce le pot cauza....

Nimic asemănător însă nu se poate reproşa operii lui Pasteur, — pe atât de mare, pe atât de folositoare. Războiul microbian? Ei bine, Pasteur s'a gândit şi la aceasta; el însăşi dă ideia dar nu contra oamenilor ci contra rozătoarelor din anumite regiuni din Franţa şi Australia, ceiace este indirect în folosul omului. Şi fiindcă vorbim de răsboiul microbian, nu trebue de uitat că acela care a descoperit germenele patogen nu s'a mulţumit cu gloria uşoară de a descoperi ceva ci s'a silit a găsi şi mijloacele de a-l combate, — chiar atunci când pentru moment nu reuşeşte să cultive agentul patogen, cum e cazul în turbă. Aşa de mare a fost dorinţa lui Pasteur de a fi folositor în studiul bolilor virulente, că el, unul din creatorii bacteriologiei moderne şi care totdeauna spunea **„cherchons les microbes"**, se mulţumeşte să se limiteze la studiul câtorva microbi patogeni, lăsând altora sarcina viitoarelor descoperiri.

Dealtfel o operă originală, revoluţionară şi perfect logică ca acea a lui Pasteur nu putea să nu fie şi binefăcătoare, — fie direct, fie indirect. Pasteur însuşi a afirmat aceasta cândva, când a spus că ştiinţa sa prin aceia se deosebeşte de ştiinţa adversarilor săi, că mereu poate aduce ceva nou — e fecundă deci. Şi în adevăr: abia Pasteur ajunsese la studiul fermentaţiilor şi al putrefacţiei, nu intrase deci încă în studiul bolilor microbiene, — studiu ce avea să influenţeze într'atâta Chirurgia şi Medicina, — când chirurgul Lister din Edinburg face pentru prima dată şi cu eclatant succes aplicare în serviciul său de chirurgie de **metoda antisepsiei şi asepsiei, — metode inspirate** cum însuşi el a declarat, **din teoriile şi datele anunţate de Pasteur.** Dealtfel aceiaşi înrâurire binefăcătoare a operii pasteriene s'a resimţit şi în Germania când Volkmann şi Nussbaum urmând pe Lister din Anglia şi anticipând pe conaţionalii lui Pasteur, aplică cu acelaş succes metodele preconizate de Francezul Pasteur. Cum aminteam şi la început: aşa de mari sunt prefacerile în lumea medicală de pe urma lui Pasteur şi în chirurgie s'au tras atâtea foloase dela el, că nu s'ar putea concepe existenţa lor de azi fără influenţa binefăcătoare a lui. Să ne amintim că deja pe vremea lui Pasteur unele maternităţi din Paris s'au închis şi chiar celelalte servicii de chirurgie ar fi avut aceiaşi soartă din cauza marei mortalităţi post-operatorii, cu toate că technica operatorie era la înălţime. Ca să sfârşim şi cu această caracteristică e demn de amintit şi următorul fapt extrem de semnificativ: atunci când Pasteur, forţat de boală, trebue să renunţe la orice activitate de laborator, el cere să

BCU Cluj / Central University Library Cluj

i se facă lectură din viața lui St. Vincent de Paul, —, acel umil fiu de țăran, care ca și Pasteur, a servit pe oameni mai mult ca orice împărat sau învățat, setoși de glorie efemeră....

* * *

Pasteur n'a fost mare numai prin descoperirile epocale ce le-a făcut; genial în concepții, el a fost genial **și în felul de a lucra**, — am zice în termeni technici; genial prin **metoda** sa de lucru. Desigur că observația, observația pătrunzătoare a naturii i-a fost una din primele calități; desigur că și experiența l'a însoțit la tot pasul în lucrul său; desigur că și puterea lui de generalizare, face, cum am văzut deja, ca Pasteur savantul să fie uneori anticipat de Pasteur poetul. Dar lucrând mereu, pătrunzând până la epuizare un fapt propus, el reușea întotdeauna să rezolve orice și-a propus și foarte rareori a greșit. Care era metoda lui de lucru? S'ar putea reduce aceasta la trei calități esențiale.

a) Una, e aceia că a întrebuințat **metode extrem de simple.** Nu e niciun paradox că fapte mari se pot releva prin lucruri simple, — și Pasteur nu ignora aceasta. Vom cita numai un exemplu din sutele ce se pot găsi în opera lui. Ca să demonstreze inepția generației spontanee, el întrebuințează un utilaj extrem de simplu, adică câteva baloane de sticlă pe care le încălzește suficient la cuptor și în ele pune materialul fermentescibil (urină, bulion de levure, bulion de carne) și acestea le fierbe din nou vreme îndelungată. Cu acest material el pornește la lucru pentru a arăta că ori unde ar deschide baloanele, infinitul mic pătrunde în baloane și aduce modificarea materialului pus; invers: oricât de mult aceste baloane pline vor fi ținute închise (unele din aceste baloane se găsesc și astăzi la Institutul Pasteur) nici o schimbare nu va avea loc. Ce deosebire frapantă între aceste experiențe așa de sumare și cu apărătură așa de redusă și bogăția laboratoarelor de bacterologie de azi, și, totuși, din această simplitate a pornit progresul în cunoașterea lumii microbiene.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

b) O altă calitate esențială a metodei de lucru a lui Pasteur era și aceia că **orice experiență cât de mică era însoțită de control,** — indiferent dacă acest control se făcea în sprijinul sau contra tezei lui. El știe că un adevăr controlat va rămâne oricând un adevăr și deaceia la sfârșitul carierei sale științifice, mai exact la inaugurarea Institutului Pasteur, el spune tinerilor colaboratori și elevi acest mare adevăr: **„să aveți spiritul critic... el are totdeauna ultimul cuvânt"**, și mai departe: „să crezi că ai găsit un fapt științific important, să te aprinzi ca să-l comunici și să te constrângi zile, săptămâni și uneori ani în a te combate pe tine însuți, forțându-te a ruina propriile tale experiențe, și să nu-ți proclami descoperirea decât când ai epuizat toate ipotezele contrare, da, iată o sarcină grea". Nu este de mirare dece Pasteur deseori se apucă să reia chiar experiențele adversarilor lui, — deși convins de veracitatea experiențelor lui, — pentru a arăta final unde adversarii greșesc și deci a mai face încă odată demonstrația că adevărul este cu el. Iarăși sute de exemple

se pot da şi în această privinţă; ne mărginim numai la unul, care cu toată partea amuzantă, conţine în sine tot seriosul experienţei: Pasteur comunică în faţa Academiei de Medicină rezultatele pozitive la care a ajuns el prin cercetări asupra dălacului şi ca să fie complect relevează şi un rezultat negativ, pe care nu şi-l poate explica. Paserile, spre deosebire de animalele obişnuite de laborator (şoarece, cobai, epure), nu prind boala experimentală. Un membru al Academiei, Colin, spirit inteligent dar foarte negativist, contrazice pe Pasteur afirmând că nimic nu este mai uşor decât de a da dălacul la paseri. Pasteur, sigur pe experienţele lui ca întotdeauna, se oferă atunci a-i da lui Colin o cultură foarte virulentă de cărbune cu condiţia ca Colin să-i dea o pasăre moartă de dălac. Ori acesta întârzie săptămâni şi luni în a face proba celor afirmate, cu toate insistenţele şi chiar provocările particulare şi publice ale lui Pasteur. Dar iată că după un timp Pasteur vine la Academia de Medicină cu o cuşcă cu trei găini şi anunţă că Colin a avut dreptate. E dela sine înţeles stupefacţia întregei Academii din acea zi memorabilă de Marţi 19 Martie 1878: pe deoparte comportarea nemai pomenită a lui Pasteur, care avea aerul că se combate pe sine însuşi şi pe de altă parte prezenţa absolut neprotocolară a cuştei cu găini pe tribuna Academiei. Şi Pasteur îşi începe comunicarea cam în felul următor: fiindcă colegul Colin a prea întârziat să-şi facă proba celor afirmate aici, ne luăm noi (Pasteur făcea comunicarea cu Joubert şi Chamberland) sarcina să-l ajutăm. Am afirmat şi repet că există o stare refractară a păsărilor faţă de infecţia carbonoasă, care ţine, probabil, de temperatura lor normală, mai ridicată ca a animalelor de laborator, care temperatură nu e propice desvoltărei virusului carbonos. Dacă însă scoborâm printr'o baie rece temperatura pasărei, atunci ea se comportă ca şi animalele de laborator faţă de infecţia carbonoasă experimentală. Proba o aveţi de faţă, găină neagră moartă. O altă probă o fac şi în faţa D-vs. şi Pasteur administrează în faţa academicienilor o baie rece unei găini porumbace, după care o inoculează pe loc cu o doză virulentă de cărbune. Dacă aveţi răbdarea veţi constata peste 24 ore şi moartea acestei găini, ca şi supraviefuirea altei găini şi Pasteur inoculează tot pe loc o găină albă, fără însă a-i administra o baie rece.... Ori care ar fi partea amuzantă din această scenă, înţelegem însă că geniul lui Pasteur, prin a sa metodă de lucru, totdeauna însoţită de control, ştia să se folosească şi de adversari, care, indirect îi deveneau un fel de colaboratori în stabilirea unui adevăr.

c) Cu toate că Pasteur a făcut descoperiri mari, cu toate că metoda sa de lucru era aşa de simplă că ispitea şi pe profani să o urmeze, cu tot controlul serios ce şi-l áplica în ceiace afirma încât la urmă trebuia să convingă şi pe cel mai sceptic dintre adversari, el nu **a fost niciodată un doctrinar** care vorbeşte ex catedra, fără să sufere contraziceri, cerând necondiţionat să fie ascultat. Spirit entuziast şi de bună credinţă, caută să convingă pe adversari; dacă uneori se arată violent — cum era în cazul medicilor mai ales, ignoranţi prin rutina lor şi pedanţi prin verbalismul lor sec —, aceasta

o făcea ca unul ce înțelege serios ce înseamnă sănătatea ori boala omenirii și nu ca un sectant care umblă după prozeliți. Ca unul ce a trecut printr'atâtea domenii ale Științei, el știe pe toate să le privească pe acelaș plan și să le folosească pe toate în aceiași măsură în descoperirea adevărului; dar, fără aer doctrinar, fără de atitudinea autoritară care refuză să fie discutat. Atitudinea aceasta și-a manifestat-o și când asculta pe oamenii simpli ce vorbeau de empirismul lor, și când vorbea cu colegii săi din societățile savante, și când lucra în laborator smulgând cum spunea chiar el însuși din „vălul gros al începutului și sfârșitul tuturor lucrurilor". Prin această metodă modestă de savant, fără aer de infailibilitate, Pasteur a ajuns la adevăruri mari, știind însă să se corecteze când a greșit; a avut posibilitatea să fie obiectiv față de critica ce i se aducea, după cum a fost lipsit de subiectivism când vorbea de opera lui, dar mai ales știa până unde poate merge Știința în sondarea Naturii. Deaceia „misterul vieții" nu l'a lăsat în atitudinea orgolioasă și rece a savantului care știe numai ce poate controla în domeniul faptelor, ci respectos admitea și ceiace nu se controlează dar se simte în lumea sentimentelor. Iată ce spune el în această privință în fața Academiei de Medicină, orgolioasă și încredulă: „în fiecare din noi se află doi oameni: savantul care face tabula rasa, care prin observare, experiențe și raționament vrea să se ridice la cunoștința Naturii; și apoi omul sensibil și de tradiție, omul ca credință și îndoeli, omul sentimentelor, omul care își plânge copii săi care nu mai sunt (aluzie la el personal) și care nu poate din nefericire să dovedească că-i va revedea, dar care totuși crede și speră acest lucru, care nu vrea să moară cum moare un vibrion, care își spune că forța care este în el se va transforma. Aceste două domenii sunt distincte și, vai, de acela care vrea să impieteze unul asupra altuia din aceste domenii în stare așa de imperfectă a cunoștințelor umane". Mai este oare de mirare că acest geniu așa de puțin orgolios să nu fie obiectul de admirație pentru omenirea întreagă?

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Dacă trecem acum la studiul vieții lui Pasteur, pe care succint am expus l'am început, întrebarea pe care lectorul și-o pune imediat, — întrebare destul de firească dealtfel, este: **prezintă această viață acelaș interes ca opera sa?**

In adevăr, oricât de multilaterală și genială ar fi opera unui savant ea nu stârnește un interes general, dacă ne mărginim numai la analiza rece și obiectivă a ei. Omenescul din noi simte acea nevoe imperioasă, — care uneori merge până la indiscreție —, de a cunoaște și viața intimă a savantului, felul lui de a trăi și privi viața, sentimentele și resentimentele ce le-a avut în cursul acestei vieți într'un cuvânt totul ce privește un om. E chiar frapant că acest interes se manifestă în aceiaș măsură și pentru operă ca și pentru viață — ca și cum trebue să existe întotdeauna un strict paralelism între aceste două. De aici, probabil, și tendința unor biografi de a „romanța" viața oamenilor mari, făcând să dispară adesea orice notă

disonantă şi totul redându-l într'o perfectă simfonie. Fără a discuta dacă acest mod de a privi este cel ideal, de'a început vom spune că **viaţa lui Pasteur a fost la înălţimea operii** lui, deşi nu am exagera să afirmăm că viaţa lui ar fi fost cu mult mai senină, dacă critica adversarilor lui n'ar fi fost aşa de acerbă, sau s'ar fi mărginit obiectiv numai la opera sa. Dar n'a fost aşa. Se înţelege că bunul simţ ne face atenţi nu odată în viaţă la faptul, că în deosebi oamenii mari stârnesc aici pe pământ şi multă simpatie dar şi adâncă ură din partea muritorilor. Iată, spre exemplu, o apreciere deadreptul scandaloasă, pe care o face nu un simplu muritor sau gazetar, dar cineva din Franţa contimporană lui Pasteur despre el. P. Combes, preşedintele Uniunei Ştiinţifice Internaţionale, într'un pamflet scris contra lui Pasteur scrie textual: „această lichea a imperiului a devenit oportunist; pe jumătate jezuit, pe jumătate franc-mason, prostituind ştiinţa pentru bani, — acesta nu e un Francez, acesta e un jidan".

Şi cu toate acestea **viaţa lui Pasteur ca om este un model pentru întreaga posteritate**: ca fiu şi-a iubit părinţii până la adorare şi nu s'a sfiit ca în plină glorie să spue, între altele, cu ocazia punerei unei plăci comemorative pe casa lui natală din Dôle, că tot ce a creiat el se datoreşte părinţilor. Ca student, — deopotrivă entuziasmat pentru ştiinţă ca şi pentru mişcările sociale din timpul său, îşi depune economiile Patriei şi apoi se înrolează în batalioanele republicane. In aceiaş calitate de tânăr înflăcărat nu încetează să aibă o veneraţie desăvârşită faţă de profesorii săi, — veneraţie dealtminteri ce nu va înceta nici când ajunge în plină glorie, şi mereu cerând sfatul lui Dumas în diferite împrejurări. Soţ ideal; şi-a iubit soţia şi i-a rămas credincios toată viaţa, făcându-o cea mai intimă colaboratoare în tot ce gândia şi lucra, după cum am văzut mai sus. In această privinţă e de notat că Pasteur nu cunoaşte altă imprecaţie pentru un adversar decât aceasta: „el e capabil de orice; e capabil să-şi înşele nevasta". „Ca părinte şi-a iubit copii şi familia întreţinând o vastă corespondenţă cu ei atunci când era departe, în care nu lipsea să arate pe lângă dragostea părintească şi mersul cercetărilor sale; când soarta l'a încercat cu moartea a două fiice, durerea i-a fost mare şi i-a smuls cuvinte ce pot înduioşa şi pe cel mai rece om. Prieten devotat cu contimporanii săi ca şi cu elevii şi colaboratorii săi, — deşi aparent părea inabordabil. Iată cum se exprimă Roux, unul din colaboratorii săi: „opera lui Pasteur este admirabilă, ea arată geniul său; dar trebue să fi trăit în intimitatea sa pentru a cunoaşte toată bunătatea inimii sale". **Ca Francez a fost un patriot exemplar**, mereu gândindu-se la scumpa lui Franţă iar când Patria i-a fost încercată la 1870, cu greu a fost oprit de a rămâne în Paris şi a se înrola, deşi era în vârstă înaintată şi deja bolnav. Totuşi nu s'a putut abţine de a nutri „revanşa" împreună cu toţi conaţionalii săi, — fie că remite ostenatativ diploma de onoare Universităţii din Bonn, fie că caută să amelioreze producţia berei franceze fie că mai târziu refuză orice distincţie din partea oficialităţii germane. Ba a şi arătat un curaj civic, destul de elocvent în timpul dezastrului dela 1870, când scrie „Pentruce Franţa nu şi-a găsit

oamenii superiori în momentul pericolului". Acelaş curaj civic l'a arătat Pasteur şi în alte împrejurări, făcând atenţi pe împăratul Napoleon al III-lea şi autorităţile superioare de starea precară a celor mai înalte instituţii de cultură din Franţa. „Depozitarii de putere publică — se exprimă el cândva — trebue să fie pionii meritelor necunoscute". Câtă glorie nu şi-a câştigat Franţa, chiar după 1870. când Pasteur o reprezenta în străinătate. Chiar în plină glorie îl preocupă viitorul Franţei, dând strigăt de alarmă, că pentru siguranţa ei Ştiinţa trebue să fie la înălţime şi **face apelul celebru de a se ridica mereu laboratoare**, acele **„temple ale viitorului"**, de care se leagă fericirea şi siguranţa unui popor. Deja celebru, el nu uită tineretul şi la el se adresează cu căldură, fie că e cel englez din Edinbourg, unde vorbeşte despre muncă şi entuziasm, fie că e cel francez din Arbois, locul unde a învăţat odinioară, unde el spune modest acestui tineret că **cheia succesului lui se datoreşte „unei munci încordate**, fără alt dar particular, decât acela al **perseverenţei şi al efortului, unit poate cu atragerea de tot ce este mare şi frumos"**. Nu este de mirare ca **savantul cu aşa viaţă şi asemenea sentimente să fi fost şi un bun creştin**, păstrând credinţa părinţilor săi şi **murind cu crucifixul în mână**. Dealtfel în această privinţă s'a exprimat categoric, la intrarea lui în Academia Franceză, când, făcând elogiul lui Littré pozitivistul, răspunde lui Renan scepticul în felul următor: „Noţiunea infinitului în lume eu o văd pretutindenea ca o incontestabilă expresie. Prin ea se explică supranaturalul din fundul tuturor inimilor. Ideia de Dumnezeu este o formă a ideii infinitului. Şi atât cât misterul infinitului va apăsa pe gândirea omenească temple vor fi ridicate pentru cultul infinitului, indiferent că Dumnezeu se chiamă Brahma, Allah, Jehova, sau Isus. Pe lespedea acestor temple totdeauna veţi vedea oameni îngenunchiaţi, prosternaţi, confundaţi în ideia infinitului". Şi mai departe el adaugă tot aşa de profund şi frumos, cuvintele care au fost lozinca vieţii lui şi care pot fi şi a oricărui muritor: **„Fericit e acela care poartă în sine un Dumnezeu, un ideal şi i se supune lui**: ideal al artei, ideal al ştiinţei, ideal al patriei, ideal al virtuţiilor din Evanghelie. Aceste sunt izvoarele vii a marilor gândiri şi a marilor înfăptuiri, şi toate se luminează cu reflexul infinitului!".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S'a afirmat de către unii că Pasteur era prea impetuos, prea intransigent, să zicem chiar prea violent cu adversarii săi, şi nu-i menaja nici în plină academie. Trebue rectificată însă această apreciere la justa realitate, — adică ţinând seamă de psichologia acestei mari personalităţi. E adevărat că Pasteur era o fire foarte voluntară şi atunci când era convins că se găseşte în posesia unui adevăr, îşi manifesta această calitate, în fapte sau grai, fără reticenţe, fără diplomaţie verbală, fără protocol chiar atunci când se găsea în şedinţele dela Academie unde se obişnueşte un anumit limbaj. Dar aceasta e pe atât de omenesc, pe cât de sincer exprimat. Şi apoi nici un sentiment de hipetrofia eului nu se vedea în atitudinea lui Pasteur. El nu reacţiona atunci când era atacat personal, — ce ar fi fost încă scuzabil; el reacţiona când constata ignoranţa şi lipsa bunei

credinţi. Deaceia era şi foarte puţin sensibil la laude. Când un coleg dela Academia de Medicină făcu elogiul lui Pasteur fără prea mult lux de fapte şi date, Pasteur rece, în loc să-i mulţumească îi spune: „prea puţin obiectiv ai fost, domnul meu". In adevăr Pasteur îşi ignora persoana şi nu cerea decât aprecierea operei în sine; cum spunea dealtfel el însuşi clar cândva, că el este pretextul şi nu obiectul tuturor laudelor. Pentru aceia şi în discursul de recepţie dela Academie a stăruit, cu toată opunerea oficială, să nu se retracteze fraza introductivă: „....onoarea, aş putea spune impersonală, ce mi-aţi oferit-o". Ce-a fost omul Pasteur şi ce a însemnat viaţa lui printre muritori vorbeşte îndeajuns şi gestul acelei doamne din Paris, care fără a-şi divulga numele, pentru a nu îndrăsni să se alăture de acela al lui Pasteur, zicem noi, a depus în mâna lui Pasteur o sumă mare de bani pentru ajutorul unor studenţi săraci.

Dacă noi cei de azi, cu pretenţia de moderni şi civilizaţi, am trăi pe vremea Grecilor din antichitate, care ignorau modernismul nostru, dar aveau o mai sănătoasă filosofie a vieţii, — atunci fiecare dintre noi am avea în casă şi la locul de cinste chipul lui Pasteur, la care ne-am închina ca unui zeu scoborât din Olimp. Aceasta ar fi poate chipul cel mai simplu de a ne arăta toată admiraţia pentru acest mare om. Din nefericire, omenirea de azi nu mai poate să posede nici fantezia şi nici felul de viaţă al vechilor Greci: abrutizaţi de cataclismul unui război mondial, nouă muritorilor de azi nu ne rămâne decât, modeşti, să imităm pe Pasteur în ceiace a fost ca om: ca şi el, pătrunşi de infinit, să ne închinăm profund în faţa misterului vieţii; ca şi el, cuprinşi de o largă umanitate, să privim cu aceiaş simpatie tot ce este omenesc; entuziasmaţi, ca şi el de un ideal, — ideal al frumosului, al binelui şi adevărului — să ne ţinem cu vrednicie de munca noastră cea de toate zilele şi să repetăm, aşa cum Pasteur obişnuia totdeauna să repete, acel cuvânt magic, care face pe oameni mai de folos şi pe popoare mai fericite: **„Laboremus!"**.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

Duclaux E.: Pasteur (Histoire d'un Esprit), Masson et C-ie, 1896. — **Vallery-Radot R.:** The Life of Pasteur, Doubleday, Page et Compagny, 1923. — **Laumonnier J.:** Pasteur et la biologie; **L. H.:** Sur l'oeuvre biologique de Pasteur. Revue pratique de biologie appliquée, XVI, 1, 1923. — **Blaringhem L.:** Pasteur et le Transformisme, Masson et C-ie, 1923. — **Garrison H. Filding:** An Introduction to the History of Medicine, Sanders Company, 1929. — **Marinescu G.:** La vie et l'âme de Pasteur, Annales de Merck, 1930. — **Metchnikoff E.:** Trois fondateurs de la Médecine moderne Pasteur-Lister-Koch, Alcan, 1933. — **Noir Adrien:** A l'ombre de Pasteur, Le Mouvement Sanitaire, 1938. — **Daudet L.:** Le stupide siècle du XIX-e, Grasset, 1929,

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA CAZURILOR DE SIFILIS DIN CIRC-ŢIA URBANĂ HAŢEG

de

D-r ION GH. COSMA
Medic igienist de plasă

Sifilisul, prin felul său de a ataca toate organele, precum şi prin faptul de a fi ereditar, este una din maladiile cele mai de temut. Nu numai atât, dar prin faptul de a fi unul din factorii disgenici, produce atâţia indivizi cari sunt un balast pentru societate, fapt care aduce după sine o sarcină în plus pentru Stat. Tot acestei maladii se datoresc şi avorturile repetate şi spontane, precum şi mortinatalitatea care este aşa de frecventă la noi. Intr'adevăr, dintre 585.197 copii născuţi vii în anul 1939, au fost 14.836, născuţi morţi, ceeace înseamnă o mortinatalitate de 2.50% de născuţi vii. Deasemenea prin faptul că sifilisul evoluiază deseori în asociaţie cu alte maladii, cum este T. b. c. contribue la menţinerea urcată a mortalităţii generale şi în special a celei infantile fapt care produce o scădere a capitalului biologic.

BibliOteca Universitară "Lucian Blaga" Cluj

Nici până în ziua de azi nu se ştie cu precizie care este numărul cazurilor de sifilis dela noi, şi poate nu se va şti încă multă vreme. Se presupune însă că numărul sifiliticilor este în jurul cifrei de 500.000, ceeace ar reveni la 2-3 la sută din întreaga populaţie. Intr'adevăr este impresionant de mare această cifră. Şi se pare că numărul sifiliticilor este cu mult superior acestei cifre. Faptul necunoaşterii exacte a cifrei sifiliticilor se datoreşte lipsei unui serviciu antivenerian bine organizat, care să se ocupe cu depistarea raţională şi ştiinţifică a tuturor cazurilor de sifilis. Datorită acestui lucru cele mai multe cazuri rămân nedescoperite, în special cazurile de sifilis latent şi ereditar. La acest lucru contribue în mare măsură şi — lipsa de educaţie igienică şi lipsa de răspunderea civică, a bolnavilor. In special ţăranul Român atins de o boală venerică pe care o consideră de ruşinoasă nu se arată medicului, tocmai din acest motiv, continuând astfel a transmite în dreapta şi în stânga, infecţiunea atât de periculoasă pentru individ şi societate. Iar atunci când se arată medicului este mult prea târziu pentru a preveni o trecere în sânge a spirochetei. Cum tratamentul este lung, şi cum maladia nu produce turburări cari să determine pe bolnav a urma un tratament cronic şi intermitent, cei mai mulţi bolnavi fac 4-5 inj. — rar o serie întreagă, continuând astfel a răspândi infecţia. Vina în mare parte

o poartă şi o parte din corpul medical. Cum unii colegi nu văd în bolnavii lor decât un isvor nesecat de venituri, exploatează şi această infirmitate. Cunoaştem cu toţii destul de mulţi colegi cari au comercializat medicamentele puse la dispoziţie de către Stat, iar atunci când bolnavul a ajuns în posesia unor — fiole de Neo, o injecţie i se face contra sumei de lei 2500-3000, plus apa distilată 1000 lei fiola, deci 4000 lei o injecţie. Un bolnav care face 10-12 injecţii, cheltueşte 40.000-48.000, plus bismutul, în timp ce el nu ar trebui să plătească nici un leu. Iată un motiv în plus pentru care bolnavii renunţă la tratament. Atâta timp cât unii colegi sunt lipsiţi de conştiinţa datoriei faţă de neam şi generaţiile viitoare, nu vom putea combate cu destulă eficienţă această calamitate naţională.

Deşi această maladie este aşa de frecventă, totuşi bibliografia sifilisului este foarte redusă. In special studierea lui în profunzime nu a preocupat decât puţini cercetători, printre cari Prof. Banu, Prof. Râmneanţu etc., deşi ar fi foarte interesant să cunoaştem şi acest lucru.

In cele ce urmează, vom da o statistică a cazurilor de sifilis pe ultimii 9 ani, cazuri cari au fost în tratamentul circţii urbane Haţeg. Desigur că ar fi fost mult mai interesant dacă cercetările noastre s'ar fi extins asupra întregei plase sanitare pe care o conduc, lucru care a fost imposibil, fie din cauza evenimentelor cât şi din lipsa de posibilitate de depistare.

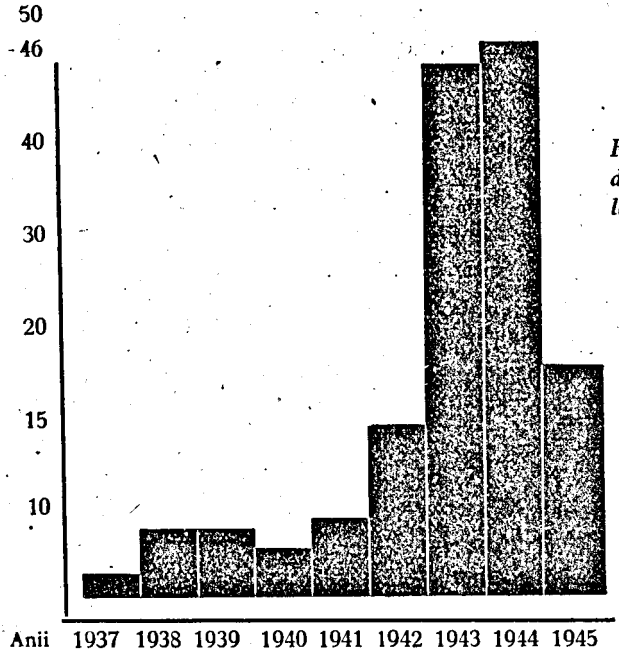
Orăşelul Haţeg se află situat la poalele Munţilor Retezat, regiune frumoasă dar destul de săracă. De prezent are peste 4000 locuitori, a căror ocupaţie principală este agricultura. Circumscripţiei urbane, îi aparţin încă 4 comune. Locuitorii din aceste comune, deşi în apropiere de un mediu uman, totuşi felul lor de trai este foarte modest. Trăesc într'o promiscuitate destul de accentuată. Acest lucru se observă şi la o parte din locuitorii din Haţeg, mai ales la cei de pe „Valea Ungurului" şi cartierul „Suseni", care în marea lor majoritate sunt imigranţi, veniţi din Lunca Cernii, unde condiţiunile de viaţă sunt primitive. Printre aceştia mai ales au fost cele mai frecvente cazuri de sifilis. La fel cartierul „Ţigănesc" unde aproape toţi ţiganii sunt sifilizaţi.

In ultimii 9 ani, în tratamentul acestei circţii au fost 154 de cazuri, cari eşalonate pe ani, ne dau următoarea grafică.

Cele mai multe cazuri sunt între anii 1942—1945, fapt care se datoreşte desigur războiului. In ce priveşte morbiditatea, am calculat-o doar pe ultimii 5 ani, şi ea variază între 66.6. şi 734.7 la — suta de mii de locuitori.

Distribuiţi pe mediu, sex, starec ivilă şi originea etnică, constatăm după cum reesă din tabloul de mai jos că cei mai mulţi bolnavi provin din mediul urban 68.8% şi numai 31.2% mediu rural. Este mai frecvent la femei 62.4% decât la bărbaţi 37.6%, egal de frecvent la cei căsătoriţi ca şi la cei necăsătoriţi. Ca origine etnică mai frecvent la Români 70.7%, urmează apoi ţiganii 16.8% şi în fine Ungurii cu 12.3%.

Digitized by Central University Library Cluj



Grafica No. 1

Frecvența cazurilor de sifilis, pe anii calendaristici,

Tabloul Nr. 1.—distribuirea bolnavilor de sifilis pe medii, sex, stare civilă, originea etnică

Nr. total al bolnavilor	Mediu		Sex		Starea civilă				Originea etnică		
					Căsăt.		Necăsăt.				
	Urban	Rural	B.	F.	B.	F.	B.	F.	Rom.	Ung.	Țigani
154	106	48	58	96	29	54	29	42	109	19	26
%	68.8	31.2	37.6	62.4	50	56	50	43.8	70.7	12.3	16.8

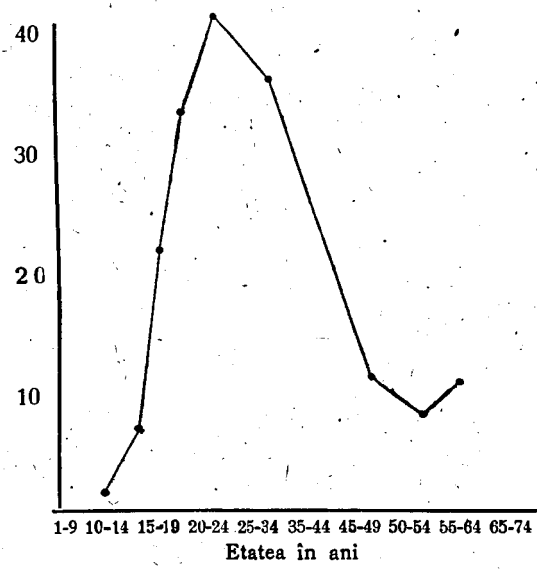
Pe grupe de vârstă, observăm că vârsta tânără — și matură este mai des afectată, astfel dela vârsta de 15 până la 44 ani, sunt cei mai mulți bolnavi, procentual variind între 13.6% și 25.9%. Este vârsta pubertății când instinctele sexuale sunt mai puternice și când se ia mai ușor boala, și vârsta matură, a procreației, când sifilisul se transmite descendenților. Pe ocupații se observă că sifilisul este mai frecvent în clasa mijlocie.

Tabloul Nr. 2.—distribuirea bolnavilor de sifilis pe grupe de vârstă și ocupație

Grupe de vârstă în ani										Ocupații									
1—9	10—14	15—19	20—24	25—34	35—44	45—49	50—54	55—64	65—74	casn.	plugar	lucrăt.	servit.	student	elevi	copii	prostit.	funcț.	muzic.
1	6	21	32	40	34	7	3	5	—	77	23	15	18	1	3	6	1	8	2
0,65	3,8	13,6	20,7	25,9	22,03	4,5	1,9	3,3											

MORBIDITATEA:	1940	1941	1942	1943	1944
	6,66‰	116,7‰	250,2‰	734,7‰	726,7‰

Acelaş lucru se poate constata şi din următoarea grafică.



Grafica Nr. 2

frecvenţa sifilisului pe vârstă

Legendă
1 diviziune = 1 caz

In ceeace priveşte distribuţia cazurilor de sifilis pe forme şi mod de infecţie, constatăm următoarele: Sifilisul latent este cel mai frecvent 42.8%, secundar 31.1%, primar 13.6%, terţiar 7.6% iar cel hereditar şi parasifilis 4.5%. Modul de infecţie mai des a fost cel genital, 99.35% şi numai 1 singur caz infecţie bucală. Reacţia Wassermann am executat-o la 52.6% din cazuri, cu 93.8% rezultate pozitive şi 6.2% negative.

Tabloul Nr. 3. — distribuţia cazurilor de sifilis pe forme, mod de infecţie etc.

Nr. total al bolnavilor	Forme de sifilis						Modul de infecţie		Reacţia Wasserm.	
	I	II	III	IV	Lat.	Eredo	Genit.	Extra g.	+	—
154	21	48	12	7	66	7	153	1	76	5
%	13,6	31,1	7,6	4,5	42,8	4,5	99,35	0,65	93,8	6,2

Reacţiunea Wasserman s'a executat la 52,6% din cazuri.

Dacă cercetăm tratamentul urmat de aceşti bolnavi, constatăm următoarele: din totalul de 154 bolnavi de sifilis, numai 126, adică 81.8% au urmat un oarecare tratament. Din 69 bolnavi de sifilis I şi II, 40, adecă 57.9% au urmat numai maximum 4—5 injecţii, restul de 42.1% nu au urmat nici un fel de tratament, ei prezentându-se la tratament într'o altă perioadă. Din 66 bolnavi de sifilis latent 26 adică 39.3% au urmat câte 4—5 injecţii, restul nici una. Reesă că aceşti bolnavi au făcut numai atâtea injecţii până ce le-au dispărut leziunea, sau simptomele chinuitoare. Mai observăm încă un

lucru important. Din totalul bolnavilor numai 1 a făcut 10 serii, restul nici unul nu a făcut un tratament complect. Seriile pe cari le-au urmat au fost absolut incomplecte, reducându-se în cele mai multe cazuri la 4—8 injecţii. Iată deci cât de neregulat urmează bolnavii la tratament. Pentru a ilustra mai bine cele afirmate, dăm în tablou cele de mai sus.

Tabloul Nr. 1 — distribuirea bolnavilor pe serii de tratament urmate

Nr. total al bolnavilor	Serii urmate la tratament anti-luetic										Total	Fără tratament	4-5 inj. din caz. de sifilis	
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X			I şi II (69)	latent (66)
154	63	20	19	16	3	4	—	—	—	1	126	28	40	26
%	40,6	15,08	15,07	12,7	2,3	3,1	—	—	—	0,7	81,8	8,2	57,9	39,3

Aceasta este realitatea. Niciun bolnav nu a urmat un tratament raţional. Toţi au căutat doar să-şi „ascundă" — prin câteva injecţii — leziunea, sau să-şi amelioreze simptomele cari îl supărau. De aci apoi faptul că aceşti bolnavi continuă să infecteze alţi nenorociţi. Acest lucru desigur că se datoreşte în mare măsură ignoranţei, lipsei de răspundere civică. E drept că şi Statul — bietul Stat e de vină. Nu a încercat niciodată să atace cu destulă seriozitate şi insistenţă această problemă. In cazurile concrete nu a sancţionat destul de sever sau de loc pe cei cari s'au făcut vinovaţi de „delictul veneric". Este un fel de încurajare pentru alţii cari vor cădea în aceeaş vină. Nu există apoi niciun fel de constrângere asupra bolnavilor de a urma tratamentul prescris. Administraţia şi justiţia nu ne secondează în acţiunea noastră. Deşi Legea Tomescu pentru combaterea boalelor venerice prevede sancţiuni severe pentru toţi contravenienţii, totuşi nu am auzit de niciun caz care să fi fost sancţionat după normele stabilite. Iată de ce această maladie continuă să se răspândească aşa de mult, în suprafaţă şi adâncime. In plasa sanitară Haţeg sunt comune a căror locuitori toţi sufere de o formă oarecare de sifilis. Intreaga populaţie este sifilizată. Când am încercat să fac o anchetă serioasă, atât pentru depistarea tuturor cazurilor, cât şi pentru a lua în tratament pe cei indicaţi, autorităţile sanitare superioare nu mi-au dat nici o mână de ajutor, intenţia rămânând doar pe hârtie. Azi mai mult ca oricând, când războiul a favorizat răspândirea infecţiunei sifilitice, se impune o disciplină mai severă, în sensul ca Statul va trebui să pornească o campanie de depistare şi de tratament a cazurilor de sifilis. Iniţiativele locale vor trebui să fie ajutate cu întreg materialul medicamentos şi sanitar. Altfel orice încercare a noastră de a atrage atenţia forurilor compentente prin mici articole, rămân zadarnice şi inutile.

Digitized by Central University Library Cluj

ANALIZE

Farmacologie

LES PLANTES DIVINATOIRES *)

Rec. de

D-r H. MAKELARIE și **D-rd. M. CONSTANTINESCU**

Plantele divinatoare, metagnomigene, sunt acelea care produc clarviziunea, luciditatea, divinația. Toate aceste plante sunt halucinatoare; fenomenul supranormal pe care îl produc, se naște în general în timpul unei bețiii (ce poate fi delirantă) producătoare de imagini vizuale, auditive, olfactive, etc.

Nu toate plantele halucinatoare sunt însă profetice (divinatorii): Astfel Opium, Hachich, Cocaina. Coca însă, acest vegetal ce conține un complex chimic format din mai mulți alcaloizi, poate prezenta proprietăți metagnomigene. Mai trec încă drept plante divinatoare, ceaiul și chiar cafeaua, care servesc asceților orientali ca stimulente pentru meditațiile lor.

Una din cele mai renumite plante divinatoare este: Yaje, liană ce crește în pădurile în locuri greu de pătruns și adesea ținute secret de indieni. Cel ce ia băutura preparată din această plantă, (decocțiune apoasă prelungită și concentrată) vede și aude lucruri îndepărtate de care el n'a mai auzit niciodată. Astfel indienii, locuitori ai pădurilor virgine, ce nu pot avea nicio vagă idee de civilizație, aud muzici încântătoare și descriu în detalii oasele și palatele oamenilor albi, detalii ce corespund întocmai vieții complexe a civilizației noastre. Colonelul Custodio Morales, comandantul unui detașament militar, luând seara soluție de Yaje, are viziunea că tatăl său a murit și sora sa era greu bolnavă. Puțin după aceasta, colonelul află printr'o scrisoare că tatăl său într'adevăr murise și sora sa era în convalescență după o grea boală. Trebue să amintim, că, colonelul era om inteligent și extrem de nervos.

Când indienii iau această decoațiune, ei află ceea ce doresc fie printr'o imagine vizuală, apărându-le pasagiile, persoanele sau lucrurile ce-i interesează, fie printr'o imagine auditivă, o persoană ivindu-se și spunându-le ceea ce ei urmăresc.

O altă plantă cu proprietăți metagnomice este Peyotl, Echinocactus Williamsii, un mic cactus ce crește în platoul central mexican și în nordul țării. Când experimentatorul ingerează o doză suficientă de

*) *Les plantes divinatoires* par *A. Rouhier*: Librairie Octave Doin-Paris.

plantă, vede atunci când închide ochii, o mulțime de imagini colorate, de desene geometrice ce prezintă continuu mișcări de rotație și translație dând impresia unei dantele foarte complicate. In tot acest timp, facultățile mintale ale individului sunt treze, el putându-se întreține cu semenii din jurul său. Pe lângă aceste imagini vizuale, Peyotl produce și halucinații auditive. Peyotl era întrebuințat de indienii mexicani pentru găsirea obiectelor pierdute, pentru aflarea intențiilor dușmanilor sau atunci când aveau motive de gelozie. Pentru realizarea dorințelor, individul trebuia să se gândească tot timpul la chestiunea ce-l interesa. Iată deci că la simpla ingestie de Peyotl, o netă facultate de clar-viziune se manifestă.

Tânărul M. T. spune autorul, era sub influența unei doze de peyotl. O asistentă, doamna B. declară la un moment dat că M. T. a vorbit despre o imagine la care ea tocmai se gândise cu câteva minute înainte. Doamna S., încurajată de cele obținute, încearcă cu M. T. o transmisie a gândului. Scrie pe o bucată de hârtie cuvântul lup și o trece autorului, și el asistând la cele petrecute. Câteva minute apoi M. T. enunță: „O pădure. Arbori mari sub lună. Impresie de singurătate. Un lup mă privește". Atunci doamna S. încearcă o transmisie a gândului și mai complexă: Ea dorește ca M. T. să vadă un album ilustrat pe care ea îl dăduse unei verișoare ale sale, care abia născuse și care se găsea, din ordinul medicului, imobilizată în pat.

Dar iată că M. T. vede camera, o descrie în toate detaliile, dar nu vede albumul. Faptele erau exacte, deoarece mama și copilul (împreună cu albumul) se mutaseră într'o cameră vecină.

Toate aceste fapte ne demonstrează că, creerul uman posedă facultăți metagnomice, dar că acestea nu se manifestă niciodată, ele găsindu-se în latență.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste plante divinatorii, prin simpla lor ingerare, ar excita aceste funcțiuni, punându-le în evidență.

Continuându-se să se studieze în acest domeniu, s'ar ajunge la rezultate uimitoare, creerul posedând și alte funcțiuni misterioase și secrete.

Infecțioase

AL. RUSESCU și GH. VASILIU: **Difteria spasmogenă.** — Revista de Pediatrie, 1944.

O observație de difterie spasmogenă. Sunt citate și alte numeroase asemenea cazuri. Experimental toxina difterică provoacă fenomene spasmodice variate. In mediul epidemic în fața unor cazuri cu convulsiuni să ne gândim și la difterii spasmogene. Forma aceasta de obicei este benignă, fără aspect faringian caracteristic (copilul fusese vaccinat cu 10 luni mai înainte cu anatoxina difterică).

Intoxicații

ST. HAGUȘ și S PERIAN: **Asupra unui caz de intoxicație cu ciuperci.** — Ardealul Medical, No. 1/945.

Autorii arată că în intoxicațiile cu ciuperci manifestările renale sunt rare, s'au când există sunt mascate de simptomele de gastro-enterocolită acută, de fenomenele nervoase, sau de hepatită.

In observația bine studiată și amplu redată clinic și necropsic, autorii arată că în cazul de față intoxicația a reprodus tabloul clinic al nefropatiei acute prin sublimat; hepatita constatată anatomo-patologic evoluat tot timpul fără icter, poate că numai a contribuit la cifra ridicată

a urei sanguine; administrarea parenterală în doze mari a clorurei de sodiu constitue tratamentul de bază în amb le afecţiuni, atât t mp cât domneşte hipocloremia.

M. C.

Medicină socială

M. BRUERE: **Succedaneele alimentare şi sănătatea publică. Rolul educativ al sanitarilor.** — La Presse Médicale, 19 Ian. 1946.

Dintre succedanee, unele au o reală valoare alimentară (produselo de substituţie şi produsele de înlocuire), dar altele trebuesc rânduite în categoria celor indezirabile, a erzatzurilor, după cum sunt cele mai multe alimente denumite în Franţa de fantezie.

Autorul propune ca să se procedeze la desfinţarea definitivă a tuturor acestor fabricate, cari s'au desvoltat în Franţa, peste măsură, după armistiţiul din 1940, şi în special - aşa ziselor uleiuri de dat gust bucatelor, a băuturilor îndulcite şi colorate cu anilină, a esenţelor artificiale, a saccharinei, etc. Apoi, evidenţiază rolul educativ şi necesar al „sanitarilor" (medici umani şi veterinari, toxicologi, farmacişti), cari, prin contactul frecvent cu publicul şi prin convingerea şi a Ministerului Igienei, să reuşească de a se stabili un control riguros al acestor surogate, printr'un nou Cod al alimentelor şi al produselor dietetice.

R. Calafat

E. BRIAU: **Asupra unei propuneri pentru remedierea decalcificaţiei în Franţa.** — Extras din articolul „Actualitatés d'hygiène publique", publicat de autor în Revue G-le de Pathologie Comparée et d'Hygiène G-le, 1945. pag. 316—320.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Actualmente, Francezii sunt atinşi de decalcificaţie, după cum ne-o demonstrează statisticile îngrijit studiate ale Institutului de Igienă. Care sunt cauzele acestei sărăciri de calciu?

Este bine învederat că raţionarea laptelui şi a brânzeturilor, pe care o suferim din anul 1940, este una din cauzele cele mai importante, care ne face să fim lipsiţi de principala noastră sursă de calciu. Dar mai este şi alta — neaşteptată, — aceea a înlocuirei pâini albe prin aceea integrală. Şi aceasta este cu atât mai neaşteptată, când ştim că făina integrală esee mai bogată în calciu decât făina albă (0,063% faţă de 0,033%).

Autorii englezi au explicat că făina complectă, care conţine mai mult calciu, conţine totdeodată şi un produs decalcifiant: acidul phytic sau phytinic. Introdus în intestin, acesta produce nu numai cu calciul pâinei, dar şi cu calciul celorlalte alimente, nişte săruri neresorbabile, ce se éliminä apoi prin fecale. Substituirea pâinei negre celei albe micşoréază cu 80% asimilarea calcică, micşorare agravată şi prin acţiunea excito-motrice a tărâţelor, care scurtează durata tranzitului intestinal.

Guvernul englez a găsit o soluţie elegantă: a impus morarilor obligaţiunea de a adăoga cretă preparată în făină cernută la 85% (1 gr. 56 de kgr.), iar rezultatele obţinute au fost dintre cele mai interesante. Amestecul omogen nu produce nicio schimbare a gustului saù pH-ului.

In Franţa au fost făcute verificări de diferite Comisiuni şi Institute (pe cari autorul le citează în text) şi s'a ajuns la propunerea ca să fie adăogate câte 2 gr. de carbonat de calciu la fiecare kgr. de făină integrală, iar amestecul să fie automat preparat, sub supraveghere, înainte ca făina să fie dată în comerţ.

Rezultatul, care interesează mai ales pe cei responsabili de Igiena publică, ar fi ca să se poată da fiecărui consumator de 350 gr. de pâine, după neutralizarea acidului phytic din făină, — un excedent de calciu utilizabil şi capabil de a acoperi o parte importantă a nevoilor creiate prin metabolismul endogen al calciului, adică circa 300 miligrame".

R. Calafat

G. GUITTONNEAU: **Problema actuală a pasteurizării laptelui ce se pune în consumaţie.** (Revue de Pathologie Comparée et d'Hygiène G-le, No. Sep.—Oct. 1945). — Extras din Revue de Microbiologie appliquée.

Autorul expune rezultatul cercetărilor ce a întreprins într'o regiune din Franţa, unde colectarea laptelui se face la maximum şi unde igiena a avut de tras evidente foloase în urma pasteurizării laptelui.

La unul din pasteurizatoarele industriale din această regiune, autorul şi-a putut organiza un laborator şi a face un studiu amănunţit bacteriologic al laptelui, în special asupra florei microbiene banala a acestuia, asupra bacilului tuberculos (constatând că trebueşte o T⁰ de 80⁰ pentru ca acesta să poată fi distrus cu siguranţă), asupra colibacililor (ne mai dovedindu-se niciunul într'un c. c. de lapte supus la 75⁰), asupra influenţei pe care o posedă pasteurizarea asupra valorii nutritive a laptelui şi din care a rezultat că pasteurizarea nu modifică prea mult această valoare alimentară.

G. face precizări asupra invaziei microbiene pe care o sufere laptele dela sursă şi până la pasteurizare şi apoi de aici şi până la consumator, subliniind interesul ce rezultă că laptele pasteurizat să fie debitat numai în sticle incapsulate. Şi constată cu regret că legea încă nu obligă ca cel puţin laptele de colectură să fie desfăcut numai după pasteurizare, care ar deveni inutilă numai în ziua când se va putea oferi garanţia că tot laptele producătorilor va fi riguros lipsit de germeni patogeni. Dar o asemenea perspectivă, spune autorul, în Franţa (ca şi la noi) este încă departe de domeniul realităţilor. Pentru care motiv, pasteurizarea laptelui răspunde deci, în împrejurările actuale şi în stadiul cunoştinţelor noastre tehnice, unei necesităţi igienice de primul ordin.

R. Calafat

Medicină veterinară

FARMACODINAMIE ŞI TERAPEUTICĂ G-LĂ PENTRU UZUL MEDICINEI VETERINARE

Fasc. I. — FARMACOGRAFIA.

de

D-r GH. FRANCISC POPESCU

Tip. „Bucovina", Bucureşti 1945.

In cursul anului 1945 au apărut o serie de lucrări de medicină veterinară de însemnată valoare ştiinţifică, didactică şi practică. Le menţionăm cu deosebit interes pentru medicii umani. Omul, al cărui studiu formează obiectul medicinei, trebue considerat în ansamblu, în legătură cu condiţiile variate de mediu şi timp în care trăeşte. Cu atât mai mult în raport cu animalele domestice, cu care-şi împarte viaţa şi nu rareori patologia, în raport cu condiţiile economice care rezultă.

*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fascicola de faţă face parte dintr'o operă mare care va apare în mai multe volume. Ea tratează despre **Farmacografie**, adică despre arta de a formula. Restul volumelor va cuprinde studiul acţiunei medicamentelor (Formacodinamia) şi tratamentul boalelor.

In cuprins, se expun pe rând:

Generalităţile, în ceea ce priveşte medicamentele, asociaţiile de medicamente, incompatibilităţile (fizice, chimice, farmaceutice, fiziologice), ordonanţa medicală (redactarea cu inscripţia, subscripţia pentru farmacist, instrucţia pentru proprietar).

Formele farmaceutice expuse în ordine alfabetică.

In tabele aparte se trec prescurtările, medicamentele toxice, substanţele cari trebuesc păstrate separat şi prescrise cu foarte mare atenţie, medicamentele antitoxice, dozele principalelor substanţe în scara animală, începând cu omul, soluţiunile, sinonimele.

Bibliografia veterinară română nu ar poseda un tratat similar. Cel de faţă, vine la timp, ca să stea la îndemâna studenţilor şi a medicilor veterinari, cari, ca şi cei umani au nevoe de învăţare şi revedere a materiei, prin recitire şi cursuri de perfecţionare.

Colecţia de formule magistrale, care va complecta ulterior această fascicolă, va putea pătrunde şi în marele public, al crescătorilor de animale în primul rând, înlocuind specialităţile farmaceutice cari încă n'au început să bântue în lumea animalelor ca în a oamenilor.

Cu variantele necesare în prescrierea dozelor şi în alegerea medicamentelor, această colecţie va fi de folos în primul rând corpului veterinar calificat în tratarea animalelor, ale căror reacţiuni individuale la boală şi diversitate de boale legate de specie ar imprima, dupe autor, o caracteristică aparte terapeuticei veterinare — diverstiate de manifestări individuale şi de boale care există la specia om în proporţie şi mai mare, dar de care specialităţile farmaceutice nu ţin socoteală în terapeutică.

Autorul, Directorul Laboratorului de Farmacodinamie şi Terapeutică dela Facultatea de Medicină Veterinară din Bucureşti, Prim redactor al Revistei Veterinare Militare dela 1930-1940, Autor de cărţi ştiinţifice cu caracter didactic, este un adânc cunoscător în materie. Lucrarea prezintă toate garanţiile de a pătrunde în publicul veterinar de meserie, şi de a deveni una dintre cărţile de bază ale învăţământului veterinar superior.

M. C.

LAPTELE ŞI CONTROLUL SĂU IGIENIC

de

Prof. D-r OCT. RADU VLĂDESCU

Tip. „Bucovina", Bucureşti, 1945.

Lucrarea, care prezintă studiul laptelui privit pe toate feţele, apare cu sprijinul **„Oficiului laptelui"**. In „Prefaţă" D-l D-r M. **Ciucă**, Profesor de Bacteriologie la Facultatea de Medicină din Bucureşti, arată că laptele reprezintă cel mai ideal mijloc de trasmisie pe cale digestivă de diferite boale, tuberculoza în primul rând, constituind un excelent mediu de cultură pentru mai toţi germenii patogeni

umani; şi expune valoarea lucrării de faţă pentru autorităţile însărcinate cu aprovizionarea colectivităţlior cu lapte igienic. Autorul, D-l D-r Radu Vlădescu, Profesor de Chimie biologică la Facultatea de Medicină veterinară, Directorul Secţiei de Lactologie dela Institutul Naţional Zootechnic, însărcinat cu predarea unui curs asupra studiului igienei laptelui, expune în prealabil în scurt problema laptelui în ţara noastră, pentru raţia deficitară a ţăranului român, pentru economia sa personală şi pentru avuţia ţării aflată în inferioritate faţă de toate ţările exportatoare de animale în primul rând de cele înconjurătoare, faţă de sănătatea publică (în unele crescătorii din preajma Bucureştilor procentul animalelor tuberculoase a depăşit 75 la sută); şi cere controlul riguros şi regulat al laptelui pus în consumaţie, prin supravegherea animalelor producătoare, a personalului, a mijloacelor de aprovizionare şi colectare dela mulgere până la consumator — măsuri pe cari le declară mai judicioase şi eficace decât pasteurizarea la modă, de folos exagerat, şi nu uşor aplicabilă.

In **Partea I** se expune producţia laptelui (cantitativ şi calitativ), compoziţia, caracterele fizice, colostrul.

In **Partea II**, controlul laptelui cu luarea probelor, examenul organoleptic, examenul fizic, examenul chimic, examenul biologic, examenul bacteriologic, pasteurizarea laptelui şi controlul pasteurizării, descoperirea fraudelor obişnuite şi căutarea substanţelor adăogate în lapte cu scop de a-l conserva.

Cartea se adresează tutulor celor interesaţi în cauză: medici, veterinari, chimişti, agronomi, crescători, controlori de lapte, studenţilor dela Institutele în cari se preda studiul laptelui. Ea expune datele esenţiale, şi metodele principale de caracter practic pentru constatarea calităţilor şi a defraudărilor laptelui.

Autorul, de atât de calificată autoritate a făcut o operă de folos general. Cartea trebue difuzată prin toate mijloacele şi pusă de stat, gratuit, la dispoziţia tutulor celor interesaţi. Prelucrată, cu un caracter de vulgarizare, va intra în marele public.

M. C.

INTOXICĂRILE SAU OTRĂVIRILE LA ANIMALE

de

D-r S. RĂDULESCU-CALAFAT

Imprimeria Naţională Bucureşti, 1945

In acest **Manual de toxicologie veterinară**, publicat sub Auspiciile M-terului Agriculturii şi Domeniilor, autorul, D-l D-r Rădulescu Calafat, Medic Veterinar Şef al Capitalei, Membru al Societăţii de Patologie comparată şi de Igiena generală din Paris, autor a numeroase studii de medicină veterinară de caracter ştiinţific practic, expune **Intoxicările sau Otrăvirile la animale.**

Dintre cei 3 mari duşmani ai animalelor: microbii bolilor molipsitoare, paraziţii interni şi externi, şi otrăvurile, autorul tratează în acest volum despre otrăvuri, de actualitate îngrijorătoare din cauza secetei şi lipsei de nutreţ care împedecă instinctul animalelor în alegerea hranei. Inflămânzite animalele mănâncă erburi şi burueni pe

cari în condiţiuni normale le-ar evita. Ca şi omul, în cea ce priveşte alimentaţia sa, în perioade de foamete.

In **Partea I-a,** despre Generalităţi, dau noţiuni sumare asupra otrăvirilor, variabilităţii acţiunei toxice, cauzelor, semnelor de otrăvire, diagnosticului şi tratamentului.

In **Partea II-a,** într'un **Indrumător alfabetic,** se trec în parte toate substaţele otrăvitoare cari pot provoca îmbolnăvirea animalelor. Pentru a fi recunoscute se dă fotografia unora dintre ele.

In **Partea III-a,** în **Tâlmăciri de cuvinte,** se prezintă vocabularul termenilor tehnici, pentru a înlesni înţelegerea lor de către marele public.

Fie-care posesor de animale (gospodar, crescător sau simplu iubitor) va găsi în acest manual la ocazie sfaturi folositoare. Personal, am găsit menţiune despre începutul de latirită diagnosticată la nevce de D-l Medic veterinar Marian, Şeful Lab. de bacteriologie veterinară din Craiova, la un porc care fusese hrănit câteva zile în mod exclusiv cu mazăre (lathyrus sativus), ca internaţii din lagărul dela Vapniarca de tristă amintire. Cum, de necesitate, ar putea surveni acest fel de intoxicare la oameni, în marea criză alimentară ce traversăm cu întreaga omenire în prezent, atenţia trebue să fie trează. Precum am găsit menţionate intoxicările grave la animalele cari au mâncat în cantitate mare anumite boabe de ricin, ca în observaţiile publicate de noi de intoxicări la oameni prin boabe de ricin. D-l D-r N. Becherescu a relatat cu ocazia comunicării noastre făcute la Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova în şedinţa din Iunie 1945 despre asemenea intoxicări în masă, mortale, la cai în campania din Transnistria.

Caracterul de folos practic al acestei lucrări îi va asigura difuziunea meritată. Autorul va putea trata în viitor cu aceaşi competinţă şi metodă despre ceilalţi 2 duşmani ai animalelor, duşmanul nr. 1 reprezentat prin bolile microbiene şi duşmanul nr. 2 din bolile parazitare, comuni oamenilor şi animalelor, cari şi-i pot trece reciproc. Intre bolile comune microbiene să avem în vedere cu precădere tuberculoza, care se propagă prin laptele contaminat, ţinând socoteală de constatarea D-lui Prof. D-r Radu Vlădescu, că în unele crescătorii din preajma Bucureştilor proporţia animalelor tuberculoase a depăşit 75 la sută; precum şi că 65% din tuberculoza câinilor, cari trăesc în vecinătatea imediată a oamenilor şi mai ales a copiilor, se face cu bacili umani, la pisici proporţia este inversată (I. Verge).

M. C.

CREŞTEREA ŞI BOALELE ANIMALELOR DOMESTICE

de

General Veterinar GR. HORTOPAN

Ediţia II

Tip. „Revista Geniului", Bucureşti

In cadrul unei „Enciclopedii Veterinare" semnalăm Ediţia II a cărţii **„Creşterea şi boalele animalelor domestice** (cai, boi, oi, capre, porci, iepuri, pisici, pasări), — cu boalele transmisibile dela animale

la om, inspecția alimentelor de origine animală, noțiuni de hipologie, — al cărei autor este D-l Medic General Veterinar Gr. Hortopan. Nu este trecută data reapariției.

Reeditarea acestei cărți devenită clasică este bine venită. Prezentarea este de prisos și importanța ei pentru economia domestică nu poate fi pusă îndeajuns în evidență.

Noțiunile noi ce prezintă, și unele citate de lucrări și autori români ce face, dovedesc că lucrarea a ținut seamă de ultimele descoperiri științifice, s'a înoit intrând în actualitate. De care nu avea nevoe nici de formă, cu ocazia reeditării prin epuizarea ediției precedente. Asemenea cărți, clasice prin fondul lor și prin expunerea faptelor dintre cari cele mai multe nu mai sunt supuse revizuirii, nu este nevoe să-și ascundă data nașterii. Anul reapariției nu trebue să lipsească de pe copertă, nici din josul „Prefației" ce autorii le scriu. Dupe cum data lucrărilor menționate în „Bibliografie", sau a celorlalte lucrări personale ale autorului, nu trebue omisă. Considerentelor de ordin comercial ale editorilor autorii nu trebue să cedeze, dupe cum nu trebue să sacrifice nimic din prestigiul științific al lucrărilor și personalității lor.

M. C.

Neurologie

M. CARGAȘ: **Pelagra și scleroza laterală amiotrofică.** — Rev. St. Med., No. 1—6/1945.

Autorul publică o observație de scleroză laterală amiotrofică la un pelagros. Pelagra produce deci pe lângă manifestările cutanate, viscerale, mintale și neurologice (paraplegii, parapareze, monopareze crurale, radiculite, arachnoidite spinale) forme sistematizate, precum sindromul de scleroză laterală amiotrofică.

Oftalmologie

Prof. D. MICHAL: **Embolia grasă a retinei.** — Ardealul Medical, No. 5/1945.

Autorul publică un caz personal, al șaisprezece-lea caz cunoscut în literatura chestiunei, și face o prezentare de ansamblu a emboliilor grase ale retinei pe care le pune într'un cadru general.

Parazitologie

I. GAVRILĂ, AL. CIPLEA, I. FLORESCU: **Trichinoză, forma poliomiozitică.** — Ardealul Medical, No. 1/945.

Obișnuit, în trichinoză simptomele musculare sunt atenuate, uneori chiar lipsesc. Sunt foarte rare cazurile când ele sunt instalate dela începutul boalei și predomină aspectul clinic până la sfârșit. Un asemenea caz de poliomiozîtă trichinozică intensă, în care eosinofilia sanghină lipsea, publică autorii, diagnosticul fiind făcut în timpul vieții printr'un examen biopsic.

M. C.

Patologie generală

M. E. KAISER: **„Lactotestul" lui Koșușaroff. Mijlocul cel mai simplu pentru depistarea aplicării laptelui de vacă la laptele de femee.** — Revue de Pathologie Comparée et d'Hygiène G-le, No. 565—566 ,1945.

Autorul a folosit „lactotestul" lui Koșușaroff pentru a descoperi amestecul laptelui de vacă în laptele femenin, ce se recolta la oficiul pentru co-

lectarea laptelui de femee, din Erfurt. Tehnica de care se foloseşte este simplă şi rapidă: se recolteazâ 5 c. c. din produsul de examinat şi se degreseazâ complect prin centrifugare; apoi se amestecă, cu o mică baghetă de sticlă, o picătură din acest produs degresat cu o cantitate de 4 ori mai mare de lactotest. Operând astfel, în caz că laptele de femee este amestecat cu lapte de vacă, reacţiunea apare pozitivă după aproximativ 1/2 de minut. Lichidul, care la început este turbure, se limpezeşte, iar în părţile periferice apare o coagulare bine deslusită. In caz că laptele femenin este curat, picătura rămâne tot timpul turbure, iar în centru apare un nouraş alburiu.

R. Calafat

I. VERGE: **Le rôle du bacille tuberculeux de type humain dans le développement des tuberculoses animales.** — Revue Path. comp. et d'Hygiene gén., Sept. et Oct. 1945.

In acest articol care a făcut obiectul unei comunicări la Academia de Medicină din Paris, autorul, profesor la Şcoala Naţională veterinară din Alfort, atrage atenţia asupra pericolului contaminării comune a animalelor şi omului, prin bacilul tuberculos uman, pe care şi-l trec reciproc. Reţinem că tuberculoza câinilor rezultă în proporţie de 64,7% a cazurilor din contaminarea cu bacili de tip umani, la pisică tipul bovin se întâlneşte în 95% a cazurilor, tipul uman în 5%. Relatăm cu titlu personal totuşi, că în casa, în care practicăm profesiunea, pisicile mor în serie, din cauza probabil a tuberculoşilor, a sputelor sau chiar a scuipătorilor.

M. C.

NAAMÉ: **Un cas de cancer de la langue traité par l'opothérapie.** — Revue de Path. comp. et d'higiène gén., Sep.—Oct. 1945.

Autorul expune în continuare vindecarea tumorilor canceroase printr'o metodă personală de opoterapie, în care asociază 1/10 mc. tiroidă, 0.40 ct. extract splenic şi 0.25 ct. extract de cortico-suprarenală, pe injecţie, 3 injecţii pe săptămână. Autorul crede că acest tratament nu lucrează decât prin excitarea unor anumite glande cari distrug celule canceroase şi ajută la reproducţia celulelor normale.

Profesorul Léon Binet care a luat parte la discuţie, a dat deosebită atenţie comunicării, cerând aplicarea pe scară mai întinsă de experimentări pe tumori spontane şi provocate.

In No. din Noemb.—Dec. 1945 al aceleaşi reviste, autorul prezintă pentru a treia oară un caz de recidivă postoperatorie a enucleării unui ochi atins de sarcom al coroidei, vindecată prin aceiaşi opoterapie asociată tiro-spleno-corticosuprarenală.

M. C.

P. BRAUN et A. MACLOUF: **Les porteurs latents de bacilles de Koch, non réagissants à la tuberculine.** — Revue de Path. com. et d'hygiène gén. Noemb.—Dec. 1945.

Se crede în general că lipsa de reacţie cutanată la tuberculină, înseamnă virginitatea organismului faţă de bacilul Koch, cu excepţie pentru perioada ante-alergică care nu depăşeşte 3 luni.

Bezançon cu elevii lui, sunt cei dintâi cari au denunţat insuficienţa concepţiei clasice. Autorii de faţă o desvoltă pe larg cu probe de ordin clinic şi experimentul pe scară întinsă, în plus cu contribuţiuni de fapte şi concepţii personale, cari arată că primo-infecţia este în realitate o primă manifestaţie a unei primo-infecţii preexistente.

M. C.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

I. BALTEANU, A. TOMA şi ANA GARAGULI: **Vaccinaţia antituberculoasă a cobaiului şi a iepurelui cu ajutorul vaccinului B. C. G. introdus prin înţepături cutanate în serii repetate.** — Bul. Academiei de Medicină, No. 3/1943.

In concluzii generale autorii spun: a) Administrarea bacilului B. C. G. la cobai şi la iepure prin înţepături cutanate determină o sensibilizaţie a organismului la tuberculină şi la corpii microbieni; b) Cobaiu şi iepurii vaccinaţi prin această metodă (700—2000 înţepături cutanate) manifestă o puternică rezistenţă faţă de o infecţie virulentă de probă, oricare ar fi calea de administrare, c) pielea cobaiului şi a iepurului se dovedeşte astfel ca un organ important în procesul alergic şi de imunizaţie contra infecţiei tuberculoase. Vaccinată prin înţepături multiple, pielea devine complect refractară la inocularea cu bacili virulenţi; d) vaccinaţia pielei determină pe lângă o rezistenţă locală şi o rezistenţă generală foarte ridicată care la unele animale este complectă.

M. C.

Pediatrie

BOALELE DE COPII
DIAGNOSTICUL ŞI TRATAMENTUL LOR
IN PRACTICĂ

de

Prof D-r M VON PFAUNDLER

Traducere de Doc D-r AXENTE IANCU

XX şi 716 pagini, legat în pânză
Editura H. Welther, Sibiu, 1945.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In „Prefaţă" traducătorul, D-l Docent universitar D-r Axente Iancu, expune motivarea lucrării: mortalitatea infantilă la noi, excesivă faţă de altor ţări şi în creştere; o natalitate în continuă descreşte; un spor de populaţie, la fel — factori pe cari sunt chemaţi să-i remedieze măsuri sanitare nepuse la punct şi un corp medical insuficient ca număr şi nu în deajuns de pregătit ca instrucţie Bazat pe o pregătire temeinică de specialitate, aflat în situaţie de a practica în instituţii oficiale de stat pe scară întinsă şi de a preda învăţământul acestei specialităţi la studenţi şi la medici în cursuri de iniţiere organizate de M-ster — autorul a pus în slujba acestor misiuni şi traducerea în româneşte a cărţii de faţă, cea mai reputată dintre operele străine similare **„Diagnosticul şi Terapeutica Boalelor de copii"** a Prof. V. Pfaundler din Münich.

Spre deosebire de autor care adresează cartea medicului universal, a cărei treime din practică se exercitează pe copii, şi care crede că lucrarea aceasta nu poate înlocui un studiu serios de fiziologie şi patologie a copilului, traducătorul crede că va folosi la ocazie şi specialistului experimentat şi va umple un gol real în literatura medicală românească cu destule lucrări naţionale de valoare.

In „Prefaţă" la prima ediţie autorul, D-l Prof. M. V. Pfaundler expune, sintetic, planul de întocmire al lucrării: în Partea I-a, date generale de fiziologie comparată, simptomele importante de diagnostic şi mijloacele terapeutice cele mai utile, apreciate unanim în terapeutică şi experimentate de autor; — în Partea II-a, tecnicele

de diagnostic şi terapeutică; — în Partea III-a, regulele artei de a formula pentru copii, precum şi lista preparatelor alimentare şi medicamentoase; — în Supliment, un tablou sinoptic al medicamentelor dupe indicaţiuni, intoxicaţiile, extrase din legile şi ordonanţele mai importante pentru practica infantilă, un indice alfabetic al întregei materii.

Analitic, lucrarea este construită în mod clasic:

In **Partea I-a**, de **Semiologie, diagnostic şi tratament**, se prezintă pe rând: Consideraţiuni generale privitoare la desvoltarea normală a copilului. — Alimentarea normală a sugarului şi a copiilor mai mari de un an. Regimurile dietetice. — Boalele noului născut. — Boalele constituţionale şi de nutriţie. — Avitaminozele. — Afecţiunile sângelui şi ale organelor hematopoetice. — Afecţiunile glandelor endocrine. — Afecţiunile aparatului cardiovascular. — Afecţiunile aparatului respirator, inclusiv faringele şi urechea. — Boalele aparatului digestiv. — Afecţiunile aparatului genito-urinar. — Afecţiunile sistemului nervos central şi perifric. — Afecţiunile pielei. — Afecţiunile aparatului locomotor. — Boalele infecţioase.

In **Partea II-a** de **Technică semiologică şi terapeutică**, toate mijloacele respective expuse în ordine alfabetică.

In **Partea III-a, arta de a formula**, cu generalităţi şi lista medicamentelor şi a remediilor nutritive, expuse iarăşi în ordine alfabetică.

Valoarea unanim recunoscută a acestei lucrări ajunsă în scurt timp la a 13 ediţie şi răspândită în lumea medicală de preţuindeni, subliniează frumoasa operă de folos practic ce a întreprins traducătorul pentru medicina românească. La care se adaogă calităţile superioare ale traducerii şi condiţiile excepţionale tecnice realizate de Casa editoare Welther din Sibiu. Această carte continuă seria fericită a celorlalte traduceri şi opere originale apărute în această editură medicală care îşi împarte meritele cu autorii şi traducătorii.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ELEMENTE DE PUERICULTURĂ ŞI PEDIATRIE

de

D-r M. ZAVERGIU-TEODORU

„Timpul", Bucureşti, 1944

Elementele de Puericultură şi Pediatrie, pe cari autorul, medic primar la Spitalul „Prof. Cantacuzino" din Bucureşti le strânge într'un volum de 300 pagini, realizează un efort de laudă prin concentrarea materiei şi a expunerii de unele noţiuni cari având raport cu materia tratată formează obiectul unor materii distincte.

O carte care însoţeşte copilul dela naştere la pubertate, expune succint tot ce priveşte fizicul, psihicul, educaţia sa generală şi sexuală, este o lucrare folositoare pentru toţi în primul rând pentru mamele la îndemâna cărora este destinată să stea. Dar face mai mult, începe prin a aminti procreatorilor datoriile ce au contractat faţă de descedenţi prin legătura lor, certificatul prenupţial de sănătate care stă la baza căsniciei amintindu-le spiritul în care trebue să o continue pentru copii. Mai prescrie îngrijirile de dat femeii însărcinate, adică copilului în perioada prenatală.

Intre capitole remarcăm:

La **educaţia copiilor** se denunţă râzgâiala de mic cu efecte posibile nocive asupra întregului caracter, precum şi principiile de educaţie la diferitele epoci de vârste între cari utilizarea cu folos a vacanţiilor în special la ţară.

La **alimentaţie** se insistă asupra conţinutului în vitamine.

Se dă o atenţie deosebită **avitaminozelor** şi influenţei **glandelor** endocrine.

Pentru aflarea gradului de debilitate mintală la copil se expun metodele cu probele sau **testele** pentru fiecare an de vârstă dela 3 ani la 15 ani.

Se menţionează influenţele **meteoropatologice.**

Este o lucrare de ansamblu în care se proectează lumină în unele colţuri din viaţa cu sănătate şi boală a copiilor care iese din tipicul comun.

M. C.

Respirator

AL. CIPLEA şi I. FLORESCU: **Consideraţiuni asupra prezenţei eozinofilelor în lichidul pleural.** — Ardealul Medical ,No. 4/1945, pag. 182.

Autorii expun în şedinţa din 18 Ianuarie 1945 a Soc. Reuniunea Anatomică din Sibiu, aspectele şi împrejurările multiple a prezenţei eosifilelor în lichidul pleural, prezenţă mult mai frecventă dacă s'ar recurge la coloraţii speciale, şi ilustrează cele expuse prin câteva observaţii. Comunicarea prezintă un deosebit interes pentru clinicieni.

Reumatism

P. DELMAS-MARSALET: **La periarthrite scapulo-humérale** (Une grande simulatrice). — J. de Méd. de Bordeaux, No. 1-2/1946.

Sunt în patologie „afecţiuni mici" cari ocupă în cărţi loc puţin şi în practică prezintă importanţă deosebită prin frequenţa lor, prin greşelile de diagnostic ce comportă, prin terapeutica inadequată ce li se aplică. Una din acestea este artrita scapulo-umorală, pe care autorul o prezintă în extenso şi în caracterele esenţiale, este provocată de frig, durere provocată prin mişcări spontane şi prin presiune la loc electiv pe capul humoral, se calmează prin cocainisaţia locală, se vindecă prin aplicaţii locale calde.

M. C.

Tuberculoză

NOUTĂŢI DIN LITERATURA FTIZIOLOGICĂ AMERICANĂ

de

D-rii GH. BUNGEŢEANU şi MARIA CÂNCIULESCU-BUNGEŢEANU

Deoarece a fost posibil un prim contact cu literatura de specialitate, cum însă această literatură nu a putut fi difuzată, mai ales în provincie, ne-am propus să spicuim pentru specialitatea ftiziologiei din literatura pe 1945 a Americii.

Evident că printre articolele care ni s'au părut demne de menţionat nu toate tratează chestiuni de ultimă „noutate" ci, unele din ele confirmă date mai vechi, care totuşi sunt foarte interesante în momentul de faţă.

Astfel, ca şi nouă, desigur că şi altora care fac microradiofotografii sau radioscopii în serie şi cari văd astfel o sumă de leziuni tuberculoase pulmonare minime, li s'a pus întrebarea în ce măsură leziunile minime necesită indicaţia de tratament special sau măcar de întrerupere a activităţii purtătorilor. Pentru a răspunde acestei întrebări e nevoe să se răspundă mai întâi la întrebarea: în ce măsură aceste leziuni minime sunt capabile să evolueze în viitor? David Reisner şi Jean Downes[1]) au urmărit timp de 5 ani aproape 500 cazuri. Ei arată că e necesar să se încadreze la primul examen de depistare fiecare caz nou într'una din următoarele 4 grupe, căci evoluţia lor viitoare depinde de grupa în care se situează.

Leziuni exudative, fie că e vorba de focar singular sau compuse din mai multe opacităţi confluente Roentgenologic sunt slab delimitate, au aspect „moale", rotunde sau neregulate. Mărimea lor variază în general dela 1—3 cm. Umbra poate avea o aparenţă omogenă sau floconoasă.

Leziuni productive şi fibroase, între cari se pot distinge: a) modificări nodulare discrete, de obicei multiple, mici, prezentând margini bine definite, cu aspect „dur", rotunde sau neregulate, şi b) densităţi cordoniforme sau lineare, bine delimitate, adesea neregulate ca formă şi distribuţie.

Leziuni exsudativ-productive intermediare între cele două grupe deja descrise.

Leziuni fibrocalcare: densităţi nodulare bine definite, cu margini rotunde sau neregulate, de obicei multiple, în general de mărime mică, măsurând de cele mai multe ori câţiva milimetri în diametru, mai mare ori depăşind 1 cm.

Evoluţia leziunii şi riscul de maladie progredientă, pe de o parte, şi caracterul leziunii în momentul diagnosticului iniţial, pe de altă parte, sunt în strânsă corelaţie.

Leziunile de tip exsudativ sau exsudativ-productiv prezintă o tendinţă instabilă şi adesea de neprevăzut în care riscul de maladie progredientă e mare. S'a constatat evoluţia în aprox. 50% din pacienţi de rassă albă şi 61% la cei de rassă de culoare.

Opusul leziunilor exsudative îl reprezintă cele fibro-calcare, ele fiind o formă deja veche, chiar la prima lor descoperire, şi care au ajuns la un stadiu avansat de vindecare. Ele se caracterizează printr'o tendinţă f. stabilită şi excepţional duc la o boală clinic manifestă. Astfel că pe materialul urmărit, leziunile productiv-fibroase şi fibrocalcare împreună au manifestat progresiune şi instabilitate numai în 5% la albi şi 14% la rase de culoare, în cursul celor 5 ani de observaţie şi, printre aceste evoluţii, numai de totul excepţional au fost dintre formele fibrocalcare.

Desigur că şi prezenţa de bacili acido-rezistenţi în puroi sau spută şi care totuşi să nu fie bacili tuberculoşi este cunoscută încă dela Koch, dar pentru raritatea semnalării acestor lucruri redăm două observaţii ale lui Richard A. S. Cory[2]).

In primul caz e vorba de o infecţie gravă a planşeului gurii, care necesită incizii multiple şi o tracheotomie, urmate de simpto-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

mele unei supurații pulmonare. La unul din examenele sputei s'au evidențiat bacili acido-rezistenți. Rezultatul culturilor din spută a fost creșterea de bacili acido-rezistenți. Cu tot acest rezultat s'a tratat bolnavul prin drenaj extern al lobului sup. drept. Inocularea la cobai a puroiului, recoltat în momentul intervenției, n'a provocat leziuni tuberculoase la acesta. După scoaterea drenului și închiderea plăgii toracice, se formează o nouă colecție superficială, care a necesitat redeschiderea plăgii, eliminându-se un puroi neomogen cu resturi cazeoase. Se însemânțează medii pentru piogeni și pentru bacili Koch. Primele au rămas sterile, pe cele din urmă au crescut bacili acido-rezistenți, dar care inoculați la cobai n'au provocat leziuni tuberculoase.

In al doilea caz e vorba de o leziune pneumonică a lobului sup. drept. Pe mediile însămânțate cu spută au crescut bacili acido-rezistenți. Acest rezultat comunicat după 7 săptămâni dela însămânțare, a venit însă după vindecarea complectă clinică și radiologică.

Autorul semnalează faptul, care pare să fi fost publicat și de Koch și Mellou, că aceste creșteri pozitive de acido-rezistenți s'au obținut pe mediul Lövenstein-Jensen sau Petragnani, în vreme ce nu s'au obținut culturi pe medicul Petroff deși s'a utilizat același material.

Funcțiunea de ventilație a plămânului, denumită și funcție mecanică, se cercetează în clinică cu spirometrul. Cu ajutorul acestuia se poate măsura **capacitatea vitală, capacitatea respiratorie maximă,** (maximum breathing capacity) care este maximului volumului de aer ce poate fi ventilat prin plămâni de către un individ dat într'un minut, și **ventilația de plimbare** (walking ventilation) care este ventilația pe minut în timpul unei plimbări cu pas lent și uniform pe un teren orizontal.

Ventilația de plimbare rămâne constantă la majoritatea pacienților pe perioade lungi de timp — chiar dacă în acest interval survin tratamente colapsoterapice, ameliorări sau agravări ale bolii — așa că poate fi utilizată ca o valoare de bază pentru cerințele respiratorii prezente sau viitoare ale unui anume pacient.

Intre raportul ventilație de plimbare, capacitate respiratorie maximă, și gradul de dispnee după un efort foarte modest există o corelație precisă. Având această noțiune în minte, se poate prevedea gradul de dispnee la un efort mic după o intervenție colapsoterapeutică, putându-se astfel contraindica una care amenință să facă din bolnav un infirm prin mărea dispnee pe care ar lăsa-o în urmă.

Incepând dela o valoare de 0,35 a raportului ventilație de plimbare (capacitatea respiratorie maximă) apare dispneea, aceasta crescând proporțional cu valoarea raportului, astfel că deasupra valorii de 0,50 e vorba de o dispnee gravă.

Deoarece ventilația de plimbare are tendința de a rămâne constantă se înțelege că oricare ar fi tratamentul de aplicat el nu

trebue să scadă capacitatea respiratorie maximă sub dublul valorii ventilaţiei de plimbare a pacientului.

Se poate prevedea, cu oarecare aproximaţie, gradul în care va scădea capacitatea respiratorie maximă după intervenţie pe de o parte prin studiul sub ecran al mişcării coastelor şi hemidiafragmelor şi pe de altă parte prin deterpinarea raportului ventilaţie de plimbare capacitate respiratorie maximă după fiecare timp al unei toracoplastii largi. In cazurile limită, cel mai sigur element de diferenţiere îl constituie bronchospirometria diferenţială [3]).

Şi în cursul anului 1945 s'a continuat publicarea a două serii de articole foarte interesante, una începută dinainte de războiul de către Marcel Terplan compusă din studii anatomopatologice foarte amănunţite şi cu o iconografie abundentă şi de calitate, dar care trebue privită în ansamblul înşiruirei ei, şi seria de studii bronchografice ale lui B. A. Dormer, J. Friedlander, F. J. Wiles, din Africa de Sud [4]).

Din experienţa vastă a acestor autori, care din 1925 au făcut peste 2.000 bronchografii cu lipiodol, a luat naştere convingerea pentru ei că tuberculoza, ca de altfel toate maladiile pulmonare, îşi datoreşte gravitatea în cea mai mare parte sistemului bronşic şi, că toate stadiile bolii, dela cel foarte precoce, sunt întovărăşite de leziuni mari şi ireparabile ale arborelui bronşic. Debutul oricărei pneumopatii este o astupare bronşică. Se formează astfel o zonă atelectazică, care, dacă este sterilă, va avea drept urmare o fibroză. Dacă microorganisme sunt prezente, ia naştere o leziune pneumonică, şi, după gradul răspunsului inflamator, rezultatul va fi o cavitate abcedată sau o bronşectazie ori ambele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S'a demonstrat în mod experimental că bronşectazia rezultă din acţiunea combinată a blocării bronşice şi a infecţiei şi s'a arătat pe animalele de experienţă că pneumotoraxul artificial nu previne bronşectaţia când aceşti factori sunt prezenţi. Totuşi autorii au arătat că dacă blocajul bronşic e produs de substanţe naturale pulmonare, cum e sputa vâscoasă, conţinând bacili sau alte microorganisme, atunci penumotoraxul artificial va preveni bronşectazia, dacă este practicat destul de devreme, căci suprimă blocajul prin expulzarea dopului vâscos de spută. Dacă blocajul e provocat de un corp strein (introdus pe cale naturală sau artificială), atunci pneumotoraxul nu va preveni bronşectazia căci nu va putea suprima blocajul. Acest lucru explică deosebirea dintre insuccesul penumotoraxului artificial la animalele de laborator cu blocaj mecanic şi succesul aceluiaş tratament la oameni cu blocaj bronşic datorit sputei vâscoase, aşa cum se întâmplă de exemplu în atelectazia postoperatorie unde pneumotoraxul artificial are un succes complet în toate cazurile. Sputa care astupă bronchiile este expectorată puţin după instituirea penumotoraxului şi plămânul se reexpansionează în interval de 48 ore nelăsând bronşectazie reziduală.

Corolarul acestei ipoteze e că penumotoraxul e fără valoare terapeutică în cazurile în care blocazul bronşic persistă în ciuda pneumotoraxului. In asemenea cazuri e vorba de tabloul atelectaziei lobare bare sub pneumotorax artificial — aşa numitul „lob negru". Acest lucru survine deobicei ca urmare a strangulării datorite tracţiunii fă-

cute de aderenţe sau alte cauze similare ce provoacă dislocarea unui lob sau bronchii din poziţia lor iniţială. Pneumo-artificial nu poate nimic contra unui asemenea blocaj; din contră îl accentuează şi, dacă relaţiile normale nu sunt restabilite repede prin secţionarea aderenţelor sau abandonarea pneumotoraxului prin aspirarea aerului, rezultatul este bronşectazia lobară sau excavarea lobară. Acest colaps lobar sau „lob negru" este după autorii precitaţi unul dintre cele mai rele lucruri ce pot surveni într'un caz de pneumotorax artificial şi trebue interpretat ca un semnal pentru imediata abandonare a lui. (Trebue să spunem că în două cazuri am avut ocazia să constatăm personal veridicitatea acestui lucru şi să notăm ameliorarea clinică netă consecutivă permeabilizării lobului după aspiraţii din cavitatea pleurală sperăm să le putem publica).

Dacă bronchograma la un caz cu indicaţie de pneumotorax arată bronchii dilatate cu pereţi groşi vechi sau cavităţi cu pereţi groşi, atunci nu e recomandabil să se aplice acest tratament căci rezultatul va fi persistenţa bronşectaziilor şi cavităţilor.

Meritul autorilor acestui articol e că nu s'au mulţumit să facă broncholipiodolografii, ci le-au şi interpretat şi chiar s'au ridicat până la emiterea de ipoteze în sprijinul cărora aduc fapte ce pot fi cântărite şi discutate. Tot astfel sub un titlu extrem de banal — **„Repaosul la pat în tuberculoză"** — William M. Pech şi Henry Stuart Willis reuşesc să facă un articol în care se evidenţiază un spirit critic original, de care ne dăm seama încă dela subtitlu. **„Pericolele şi calităţile sale"** [5]).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorii doresc să atragă atenţia că repaosul la pat nu trebue aplicat oricum, că are modalităţi şi subtilităţi ce trebuesc adaptate cărui caz şi că „medicul nu trebue să lase indicaţiile şi controlul acestui mijloc terapeutic pe seama infirmierei".

Pericolele repaosului la pat survin din cauza modalităţii de aplicare. Un repaos la pat bun va evita aceste pericole şi-şi va păstra toată valoarea terapeutică. Un repaos la pat rău e adesea ineficace d .p. d. v. terapeutic şi poate fi pe drept numit „oboseală la pat".

Se examinează excesiv problema corelaţiilor dintre repaosul la pat, şi:

1) Infarctele pulmonare;
2) Drenajul impropriu al leziunilor pulmonare;
3) Dezechilibrarea psichică;
4) Coordonarea cu colapsoterapia.

La prima chestiune se poate răspunde că repaosul la pat, chiar prelungit şi continuu, nu pare să constitue o condiţie favorizată a prelungit şi continuu, nu pare să constitue o condiţie favorizată a lor.

Pericolul cel mai mare al repaosului la pat e răul drenaj al leziunilor pulmonare atunci când poziţia bolnavului nu e bine aleasă. Deaceea se va studia foarte atent situaţia cavernelor ce trebuesc drenate şi se va evita standardizarea repaosului la pat, cum se face de obicei, în poziţia de decubit dorsal, uitându-se că cele mai multe cavităţi pulmonare iau naştere tocmai în regiunile posterioare. Dease-

menea autorii combat părerea că bolnavul trebue să stea culcat pe partea unde are caverna, pentru a preîntâmpina însămânțarea pe care bronșică a părții sănătoase. Aduce argumente scoase din observația clinică și din cetirea lipiodografiilor tracheobroșice. Ceeace trebue să primeze la alegerea poziției în care trebue să se facă repaosul la pat este concepția că orice leziune tuberculoasă trebue cât mai perfect drenată, așa cum deatfel se procedează pentru celelalte infecții.

In ceeace privește terapeutica tuberculozei speranța trezită de sulfamide a fost decepționată. Windser C. Cutting, L. P. Gebhardt, F. Proescher și E. Durrum au încercat 300 compuși chimici în vitro. Cei 39 care au dovedit proprietăți bacteriostatice față de b. Koch, au fost experimentați în vivo pe cobai inoculați cu bacili tuberculoși. Cu nici unul din produse nu s'a obținut o suprimare totală sau foarte marcată a bolii. Trebuesc totuși semnalați trei compuși și anume: sulfathiazolatul de neosynephrină, care a provocat o „întârziere discutabilă la unele animale"; diazona și combinația sulphadiazină plus plus propylen glycol după întrebuințarea cărora s'a constatat la câteva din animalele inoculate absența leziunilor sau leziuni minimale [6]).

Articolele autorilor care au încercat chimioterapia la om sunt sceptice, iar unele conțin observații de accidente grave (cum e cazul mortal după tratamentul cu diazonă al lui Ed. H. Robitzek) [7]).

Dar, dacă cercetările de până acum în ceeace privește chimioterapia au rămas, putem spune, sterile, ne face impresia că, pe drumul clasic, dar totuși nu prea bătătorit în alte țări, al depistării precoce și prevenției, America a realizat foarte mult. Ne face să afirmăm acest lucru articole ca acela din care aflăm că în armata americană au fost în acest război de 10 ori mai puțini tuberculoși decât în trecutul război.

Scăderea atât de marcată în numai 4 ani ar fi putut să îndreptățească la mult optimism și poate chiar că ar fi fost permis să se vadă în acest sens rezolvarea problemei tuberculozei. Căci dacă rezolvarea ei nu poate veni dela terapeutica activă curativă, dovada era făcute că măsurile preventive pot scădea foarte mult procentul celor infectați și deci s'ar fi putut presupune că prin măsuri, e drept foarte vaste, generalizate, s'ar putea apropia cifra celor infectați de zero.

Din nenorocire cifra următoare din studiul de care ne ocupăm arctă influența nefastă pe care a avut-o războiul chiar pentru o țară care putem spune că a fost la periferia conflictului armat propriu zis, căci cifra tuberculinoreacțiilor pozitive a crescut continuu până la valoarea 73% în 1944 [8]).

1) Americ. Review. of Tuberculosisi, 1945, Nr. 5, May. 2) Americ. Rev. of Tbc., vol. LII, Julie 1945, Nr. 1. 3) Frederick C. Warring, Jr. in Americ. Rev. of Tbc., May 1945, vol. LI, Nr. 5. 4) In numerile din Mai, Iunie, Julie 1945. 5) Americ. Rev. of Tbc., vol. LII, Nr. 1, pg. 15. 6) Americ. Rev. of Tbc., vol. LII, Nr. 1. pg. 73. 7) Americ. Rev. of Tbc. vol. LI, Nr. 5. 8) M. M. Steinbach, C. J. Duca in Americ. Rev. of Tbc., Mai 1945.