P 279

ANUL XIX-lea, No. 3—4 MARTIE—APRILIE 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. CANCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

Pag.

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CÂNCIULESCU: **Despre medicul rural. — O lege fără efect. — Propaganda sanitară. — Probleme universitare. — Impunerile fiscale ale medicilor. — Cărţi noui.** . . . . . 143 b — 152

CRONICA BIOLOGICĂ

Em. C. CRĂCIUN: **Incercări de Psicho-Mecanică** (Partea II-a). 153

V. GOMOIU: **Progres sau Regres biologic?** . . . 159

LUCRĂRI ŞTIINŢIFICE

G. BĂJEU: **Rezecţia tip Läwen în flegmonul capsular al genunchiului.** 166

I. DUCA şi GH. CIHODARU: **Asupra torsiunilor spontane de trompă sănătoasă şi cazuistica torsiunilor de anexe.** . . . 171

OCTAVIAN T. ILIESCU: **Kist osos esenţial al humerusului drept, fractură tardivă consecutivă.** 182

ALEXANDRINA CORCIOVA-PASCU: **Complicaţii supurate în cursul febrei tifoide.** 188

(Urmare pag. 2 cop.)

9478 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

D. PAULIAN: **Disarmoniile glandulare. Contribuţiuni la sindromul de disarmonie hipofiso-ovariană. Diagnostic şi tratament** (Partea II-a). 194

C. PĂUNESCU, ŞERB. PAPADOPOL, I. ZAMFIRESCU: **Asupra accidentelor nervoase grave în pneumotoraxul artificial.** . 207

V. M. PLATAREANU: **Contribuţiuni personale la studiul histaminoterapiei în migrenă** 212

Conf. CONST. STANCA şi OCTAVIAN STANCA: **Contribuţiuni la tratamentul chirurgical al cancerului uterin.** . . . 216

Prof. D-r GH. TUDORAN, C. ZOSIN, M. DRĂGAN: **Contribuţiuni la tratamentul nefritelor cronice prin metoda postului prelungit.** 221

C. VIDRAŞCU şi T. GUGA: **Tuberculozele pulmonare atipice cu debut pneumonic.** 234

CAZURI CLINICE

LAMBESCU ALEX. şi CRĂCIUN FLORIN: **Un caz de corp străin esofagian (proteza dentară) extras prin gastrotomie** . 238

LUPESCU TITU-Ploeşti: **Contribuţiuni la tratamentul asthmului bronchic.** 240

MINUŞ MUSTĂCIOSU şi IOAN V. POPESCU: **Consideraţiuni în legătură cu un caz de turbare declarată după aplicarea vaccinării preventive.** 245

EUGENIA STRĂCHINESCU: **Consideraţiuni asupra unui caz de pneumonie lobară cu meningita cerebro-spinală acută.** . . 249

Prof. D-r C. I. URECHIA, DEM. PAULIAN şi I. MINCIU: **Automatism ambulator cu perversiuni multiple.** 252

LECŢIE INAUGURALA

Prof. D-r DUMITRESCU POPOVICI: **„Simţul clinic".** . . 255

ISTORIA MEDICINEI

ENEA P. BOTA: **Consideraţiuni istorice asupra originei şi evoluţiei spitalelor în trecut, cu referire specială la spitalele provinciilor româneşti.** 259

MEDICINA PRACTICA

Doc. I. BISTRICEANU: **Poli-fizioterapia în patologia nervoasă.** 268

V. GASNAŞ-Galaţi: **Mărirea capacităţii de alăptare.** . . 270

Prof. D-r PREDESCU-RION: **Mastoidita poate fi evitată?.** . 275

NOTE TERAPEUTICE

EUGENIA COPCEA: **Fizioterapia în tratamentul obezităţii; diagnostic şi indicaţii de tratament prin metoda Dausset-Ferrier.** 280

N. IGNA şi C. I. POPESCU: **Cazuri clinice tratate cu penicilină.** 281

NECROLOG

† D-r ROBERT HENŢE. — Necrolog **de D-r I. N. Tatoiu.** 284

(*Urmare în pag. 4 cop.*)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

INUL al XIX-lea

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

No. 3-4/1946

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. CIOCALTEU (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).

Din „SUMARUL" No.

URMĂTOARE *)

I. PRĂGOIU, O. MAGDA şi N. CRISTIAN: Consideraţiuni asupra teratoamelor regiunei sacro-coccigiene, în legătură cu un caz clinic operat şi vindecat.

D. PAULIAN: Histoire de la médecine. — Document clinique.

R. HOLBAN: Despre locul unde se naşte lumina (cronică ştiinţifică).

V. GOMOIU: Doctarul Navara şi holera din 1836 la Slaţina.

EUG. STRĂCHINESCU: Un caz de nefriţă tuberculoasă primitivă.

D. MILOTA: Consideraţiuni asupra Centrelor de Ocrotire ale Copiilor.

S. IRIMESCU: Tuberculoza şi Asigurările Sociale.

C. TODEA: Evoluţia complexă a infecţiei de focar. — O anamneză instructivă.

V. M. PLĂTĂREANU: Tratamentul maladiei serice prin injecţiuni de histamină intravenoasă.

O. MALLER: Reflexele condiţionate în psicho-patologie.

N. ROŞIANU, A. APOSTEANU şi IL. POPESCU: Consideraţiuni clinice asupra unei epidemii de febră recurentă.

D. PAULIAN şi I. TEMELIESCU: Herniile discurilor inter-vertebrale.

I. GLĂVAN: Atrofia nervilor optici, consecutivă unei intoxicaţii cu oxid de carbon.

AL. LAMBESCU şi M. SZABO: Lipsa istmului tiroidian la o Bsedowiană.

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

COSTIN GH., HOLBAN R. şi MURDARE O.: Despre a treia formă de diagnostic radiologic. — Micro-radio-fotografia.

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

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

E. BOLOGA: Micoterapia în dermatologie (Penicillina).

C. PĂUNESCU: Tifoza sifilitică.

L. LAPĂDATU şi P. ROIBAŞU: In jurul unei maladii rare de stomac — „Fitobezoar".

H. MAKELARIE şi A. SĂNDESCU: Colecistiţă acută într'un caz de situs inversus complect.

C. ANDREOIU: Gangrena fulgerătoare a organelor genitale externe.

P. MICHAESCU: Contribuţiuni la narcoza intra-venoasă de lungă durată cu barbiturice: Evipan sodic şi Eunarcon în chirurgia cervico-cranio-cerebrală.

C. LUPESCU: Câteva consideraţiuni asupra alcoolismului.

N. ROŞIANU şi IL. POPESCU: Studiu statistic asupra cazurilor necesitând antirabic pe 5 ani, în Judeţul „Gorjiu".

GH. SPERANŢĂ Prurigo nodular Hyde.

D. CIOCHINĂ: Observaţiuni critice asupra boalelor microbiene.

Ş. FLORIAN: Medicina dirijată.

V. M. PLĂTĂREANU: Vindecarea prin credinţă.

Urmare în pag 3-a cop.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CRONICA MEDICALĂ

DESPRE MEDICUL RURAL

Medicul român de circumscripţie rurală rămâne la ordinea zilei, ca o problemă la soluţionarea potrivită a datelor căreia ne trudim cu toţi şi n-o găsim.

Ne scrie un distins Medic de circumscripţie rurală, azi pensionar:

Cititor vechiu al rev. dvs. am **urmărit şi campania ce o duceţi pentru îmbunătăţirea situaţiei medicului rural,** ca unul ce am pătimit mult în această hipostază.

In special, mi-a plăcut când aţi atins un punct nevralgic al acestei chestiuni: **handicaparea medicului rural de către agenţii sanitari.**

Majoritatea medicilor rurali sunt 1) orăşeni, deci surtucari, rău văzuţi de săteni 2) nu sunt localnici, alt factor de antipatie.

Ag. sanitari, săteni, practică chiar în comuna sau în plasa natală a lui sau a soţiei sale. De aci descumpănirea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este drept că ei nu mai au neobrăzarea a se intitula „doctori", ca pe timpul când am început cariera mea la sate. In schimb **ei au toate foloasele medicinei rurale, iar medicul respectiv de circ. toate ponoasele.**

Cine izolează bolnavii contagioşi, amendează cârcimarii, taxează la impozite sanitare meseriaşii şi comercianţi, bagă efectele la cuptor, etc? Medicul.

Unde se află dispensarul rural? Intr'o mare măsură, în casele d-lui agent sanitar (în dispreţul legei licitaţiilor publice).

In adevăr aceşti agenţi având o stare materială de multe ori bună, (un agent sanitar din com. Ianca-Jud Brăila avea prin 1938 depozit de cherestea şi 100 H., teren arabil), **furnizează medicilor inspectori şi şefi de judeţe: pasări, miei, porci, olivia ouă, unt etc.,** transportate cu automobilele judeţene de cruce roşie.

Au canalizat deci bunăvoinţa celor mari. Un prim atou contra medicului său de circumscripţie.

Acesta din urmă nu mai poate deci locui la dispensar, ocupat de familia subalternului său. Femee de serviciu sau moaşe are pe D-na soţie sau soacră a agentului.

Deci o subjugare totală. Medicamentele, instrumentele şi pansam. sunt pe mâna agentului, lemne de foc va primi cu linguriţa şi o serie întreagă de amărăciuni ieşite din această situaţie.

Clientela sătească este a agentului. Pe lângă inj. intravenoase, adenite incizate, avulsiuni dentare, unii au Vaquez-Laubry, stetoscop, benicheuri, etc.

Fac însă şi gesturi magnanime. Intocmai după cum profesorii cedează ceva din clientela lor elevilor preferaţi, d-nii agenţi lasă unele cazuri de responsabilitate şi pentru medic, cu condiţia a face consult cu medicul său de circ.

Această situaţie s'a accentuat mult după criza alimentară.

Şi cine plăteşte oare impozitul profes.?

Corespondentul nostru, un medic conştincios şi cinstit, pe care avem plăcerea de a-l cunoaşte personal, dezaprobă compromisurile morale manifestate sub forma de plocoane interesate, mai mici (de trecut, între acestea, înafară de plata în natură percepută dela personalul femenin, damigenele de vin şi putinicele de brânză, maslinii nu cresc în părţile noastre) sau mai mari (cari iau drumul Capitalei), le denunţă şi le înfierează. Păcat că n'a făcut-o la timp, şi cu D-l D-r N. Strajan dela Ianca-Brăila toţi medicii rurali cari au cunoştinţă, necum să fi pătimit dupe urma acestor plocoane cu priză la şefi, practicate de personalul auxiliar sanitar, năravuri cari favorizează ilicismul medical şi prin el reaua funcţionare a organizaţiei sanitare de la ţară. Asemenea procedee scad autoritatea medicului rural în faţa personalului subaltern şi a populaţiei, şi-i macină entuziasmul în lupta contra „besnei sanitare" din „ignoranţă şi mizerie", — **prestigiu şi entuziasm** cari îi dau stimulul necesar mai mult decât uşurarea condiţiilor de viaţă.

O LEGE FARA EFECT

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Legea din Septembrie 1943 pentru **prevenirea şi combaterea bolilor venerice** n'a dat rezultate. Prevenirea prin luarea de măsuri prealabile nu este practicată, pentru-că este ignorată, iar o propagandă care să lumineze populaţia în acest scop, este inexistentă. Profilaxia prin vindecarea focarelor de contaminare iarăşi nu este realizabilă, pentru-că depistarea surselor de infecţie nu este posibilă; medici nu anunţă bolnavii; pe cei anunţaţi autorităţile n'au mijloace ca să-i aducă la tratament şi nici să sancţioneze pe cei cari se sustrag; spitalele n'au paturi suficiente pentru internare; dispensarele şi medicii rurali n'au medicamente pentru tratare. Asistăm neputincioşi la întinderea flagelului.

In **Istoricul activităţii de 25 ani a Spitalului militar din Alba-Iulia** autorii, D-nii Medici militari N. Igna, R. Bratu şi C. I Popescu **arată că sifilisul este în continuă creştere; legea combaterii boalelor venerice, bună în teorie nu se aplică în practică;** medicamente nu sunt; paturile afectate sunt insuficiente; demobilizaţii duc boala în familie şi concentraţii se întorc cu leziuni deschise, pentru-că tratarea lor la vatră n'a continuat, fiind dată lipsa de legătură şi de coordonare a măsurilor în mediul militar şi civil.

Caşi pentru **tuberculoză şi paludism.** Tuberculoşii cu leziuni deschise, demobilizaţi, desconcentraţi sau reformaţi, eliberaţi se întorc în familie, când ar trebui reţinuţi şi internaţi în Sanatorii militare pentru cari, până să se clădească nuoi, se pot afecta anumite

cazărmi sau loca'uri în anumite localităţi. Asigurările sociale pot face acelaş lucru pentru tuberculoşii asiguraţi, în Sanatorii proprii, căci bani pentru clădire au destui. Nu este Neosalvarsan şi Bismut? Să ne întoarcem la Mercur, ca pe timpul lui Fournier, până vor sosi medicamentele. Profilaxia şi tratarea paludismului să o facem prin chininizare masivă, ca înainte de era Atebrină-Plasmochin, care chiar dacă se găsesc, dar nu le ştim manevra cum şi cât timp trebue.

Să mai procedăm deocamdată, de nevoe, printr'un **tratament minimal**, cum preconizează D-l D-r S. Pavel pentru bolnavii din mediul rural în lucrarea, ce semnalăm în cadrul acestei cronice; cu **minimum-ul de medicamente** menţionate de D-l Prof. V. Troteanu, Profesor de Farmacologie la Facultatea de medicină din Iaşi, în documentatul articol publicat în Revista Ştiinţelor medicale No. 7-12/945, medicamente cari sunt eftine, se bucură de stabilitate şi se găsesc uşor în comerţ, medicamente cari trebue să se găsească în mod permanent şi în cantitate suficientă în dulapul cu chee (aflată în păstrarea medicului) al fiecărei Circumscripţii medicale rurale. O terapeutică cu mai puţin de 20 medicamente decât celebra „Thérapeuthique en vingt médicaments" propusă odinioară de Gh. Fiessinger, ne-ar scuti de pacostea Specialităţilor farmaceutice şi de emoţiile transporturilor de medicamente din străinătate.

Intr'o Conferinţă ţinută de curând la Radio despre **Prevenirea şi combaterea bolilor venerice în cadrul Asigurărilor Sociale**, D-l D-r P. Pruteanu — dupe ce constată la un grup de întreprinderi industriale un procentaj de boli venerice de 7,7% (cu variaţii de 0,5% la 11,8%), şi la un grup de întreprinderi cari intră în categoria 7-a (restaurante, bodegi, localuri de noapte) un procentaj de 9,5% (cu variaţii dela 3% la 33%), anunţă că un plan de lucru care ar consta în depistarea cazurilor, aprovizionarea farmaciilor cu medicamente şi ameliorarea funcţionării serviciilor, a fost elaborat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aşteptăm ca planul să fie pus în practică, mai curând.

Vom anunţa la timp rezultatul măsurilor ce se vor lua, împreună cu noile cifre de procentaj, pe ţară.

Pe lângă dispoziţiunile legale, dovedite inoperante până în prezent, cea mai bună măsură de profilaxie antivenerică este acea de **precauţiune individuală**. Trusa de profilaxie antivenerică „Tuto" (dupe formula D-rului A. Bruni din Italia), Venex (un produs Wander), disigur şi altele cari se debitează în comerţ, pe lângă celebra Pomadă cu calomel 30% a lui Metchnicoff, — vor fi de cel mai mare folos, mai cu seamă în mediul şcolar.

PROPAGANDA SANITARA

Propaganda sanitară este pusă în serviciul organizării sanitare, pe care o previne, însoţeşte, complectează şi depăşeşte. Se manifestă sub forme diferite, se adresează întregei populaţii sau unor păturí sociale anumite, îmbrăţişează toată situaţia sanitară sau probleme definite, izolat sau în ansamblul stărilor în legătură. O astfel de propagandă sanitară exercităm noi, de ani de zile, în cadrul

acestei cronice; şi în multe din articolele ce recenzăm, provocăm şi publicăm. Este ţinut să o facă în primul rând Departamentul Sănătăţii Publice în cadrul Direcţiei de Propagandă Sanitară, ce posedă.

Primind în ultimul moment un articol documentat „Acţiunea de propagandă sanitară în modul rural" datorit D-lui D-r I. Gh. Cosma, medic higenist la Haţeg, fiind dată acuitatea problemei, până la publicarea integrală în numărul viitor, facem loc aici ideilor esenţiale:

I. **Acţiunea de propagandă sanitară în mediul rural,** impusă medicilor la un moment dat, **a fost părăsită** din următoarele motive: Lipsa unui local propriu, Lipsa de tablouri murale, Lipsa de interes a populaţiei, Lipsa de mijloace de comunicaţie, Lipsa de inventar culinar.

II. **Justificarea acţiunei** (pentru reluarea ei) o face: Mortalitatea generală şi Mortalitatea infantilă (cele mai mari din lume), Mortalitatea prin boli infecto-contagioase, Mortalitatea prin tuberculoză, Excedentul natural (care începe să scadă), Asistenţa naşterilor şi a bolnavilor în mediul rural.

III. **Scopul acţiunii de propagandă sanitară** stă în: Protecţia elementelor sănătoase, Păstrarea sănătăţii lor integrale, Ridicarea optimală a capacităţii de rezistenţă şi a valorii biologice a capitalului uman.

IV. **Principiile pe cari s'a clădit sistemul actual de medicină preventivă:** Să deplasăm centrul de gravitate al acţiunii sanitare dela oraşe la sate, Să se introducă acţiunea specialistului în problemele de igienă şi de salubritate publică, Generalizarea instituţiei surorilor de ocrotire, Introducerea acţiunii competente a medicului specialist în marile probleme (T. B. C., ş. a.) fie prin intermediul Caselor de Ocrotire dela plasele sanitare, fie prin dispensarul ambulant.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

V. **Factorii cari influenţează mersul sănătăţii publice:** Factorul cultural, Factorul economico-financiar, Factorul moral, Factorul patologic, Factorul edilitar, Factorul alimentar.

VI. **Organele de combatere:** Medicul de C-ţie cu întreg personalul în subordine, Medicul igenist de plasă, Invăţătorii şi învăţătoarele, Preoţii, Notarii, şi prin **Conferinţe de popularizare** (şi exemple pe teren, dela casă la casă). Sora de ocrotire (care va trebui multiplicată în cea mai largă măsură) stă în capul tutulor, pentru randamentul eficace.

VII. **Spre cine în special se va îndrepta acţiunea de propagandă sanitară?** Spre **femeile satelor,** pentru cari trebue să se înfiinţeze Şcoli superioare ţărăneşti şi Cursuri sistematice pentru fete şi tinerele mame măritate (nemăritate şi văduve).

VIII. La sfârşit, articolul menţionează **Materialul de propagandă,** a cărei acţiune are de scop a combate în primă şi ultimă instanţă **Mizeria** şi **Ignoranţa** satelor noastre.

Autorul declarând că a expus numai principiile de bază, problema ne putând fi rezolvată în cadrul unui singur articol, vom publica cu precădere părerile emise şi articolele trimise.

Vom afla, astfel, pentru ce propaganda sanitară n'a prins. Pentrucă n'a fost susţinută? sau pentrucă n'a fost făcută din convingere şi cu căldură, încât n'a reuşit să trezească interesul.

La problema universitară de bază, **Reforma învăţământului medical**, D-l Conf. D-r I. Pavel expune puncte de vedere originale. Inainte de a face propuneri, D-sa se întreabă: a) dece învăţământul actual n'a corespuns necesităţilor şi trebue modificat; şi b) cari sunt cauzele pentru cari medicii nu se stabilesc la ţară. Şi răspunde astfel în articolul publicat în Revista Ştiinţelor Medicale, No. 1-4/946:

I. — **De ce nu se stabilesc medicii la ţară?** Pentru-că **sunt izolaţi** (material, prin lipsa căilor de comunicaţie spiritual, prin lipsa de cursuri de perfecţionare, de coloquii, de colaborare cu medicii şi spitalele dela oraşe, de inspecţii de îndrumare); din cauza **lipsei unei instrucţii preventive şi a noţiunilor** de aplicare a **unui tratament minimal eficace şi accesibil**; din cauza **lipsei medicamentului.**

Propune apropierea Centrului de sat, prin **formarea de medici specialişti**, pe cari statul să-i aşeze în locurile ce ar crea în diferite orăşele; — **Reforma genului de inspecţii sanitare**; — continuarea **stagiului studenţilor la ţară**; — **Inmulţirea studenţilor, deci a medicilor**, faţă de morbiditatea extrem de mare în ţara noastră şi de scurtarea vieţei mijlocii care la noi este de 40-42 ani în loc de 60-62 ca în Occident.

II. — **De ce învăţământul medical n'a dat rezultate şi trebue modificat?** — A) Pentrucă a căutat să scoată un **medic „ştie tot"**, cât timp cei mai mulţi studenţi fiind subdotaţi ar trebui să înveţe numai o specialitate, spre care dupe predispoziţie profesorii ar trebui să-i împingă din primii ani de studiu; — B) Profesorul a făcut pe **„pedagogul"** în loc să ţină curs oirginal, să trateze probleme inedite, să obişnuiască pe student să gândească şi să cerceteze singur — lăsând instruirea lui pe seama asistenţilor; — C) S'a predat numai un **învăţământ „curativ"**, în loc să articuleze învăţământul clinic cu condiţiile sociale locale şi să împingă spre medicina preventivă; — D) **Activitatea ştiinţifică a fost deficientă:** profesorii au fost aleşi dupe criterii străine de ştiinţă, s'a urmărit un număr restrâns de catedre, învăţătura a fost centralizată la catedrele facultăţii, s'a barat instrucţia colaterală, s'a exagerat selecţionarea prin concurs (dându-se primă memorizării asupra gândirii creatoare).

III. — **Modificările de adus învăţământului** trebue să privească: programul general al facultăţii, substanţa intrinsecă a cursurilor şi oamenii: A) **Învăţământul să nu mai fie simetric.** Dupe 3 ani de studii în cari se vor repartiza (şi raţiona cum şi cât trebue) anumite materii de bază, programul să varieze dupe specialitatea spre care optează studentul. Clinicele şi laboratoarele vor fi astfel degajate, dar stagiile respective pentru specialitate şi în legătură cu specialitatea vor fi intensificate, şcolaritatea fiind de minimum 5 ani, iar specializările începând după anul III, IV sau V. **Toţi vor purta titlul de doctor, cu indicarea specializării**, cea ce le va limita practica. B) In **programe să nu fie uniformitate**, ci **variaţie în funcţie de personalităţi**, pentru cari (dacă există) să se creeze catedre anumite la cel puţin câte o facultate (pentru toate disciplinele cari există la Facultăţile mari din Occident). C) Să se predea **higiena socială şi medicina preventivă** din învăţământul fundamental, şi dupe un fel de normativ în restul anilor de studii, avându-se în vedere prevenţiunea boalelor, pericolul social şi pericolul hereditar, articularea medicinei curative cu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

cea preventivă, noţiunile de asistenţă socială. D) **Cursul magistral să împingă spre gândire şi critică,** generatoare de soluţii. E) **Pasiunea cunoaşterii şi cercetării ştiinţifice** să fie favorizată în afara clinicelor şi laboratoarelor facultăţilor, să se înlesnească posibilităţile de lucru prin **metoda descentralizării ştiinţifice** pentru cât mai mulţi.

Sugestiile D-lui D-r Pavel sunt extrem de interesante, dar nu toate operante în materie. Să mai aşteptăm, ca să se producă şi altele. Consiliile facultăţilor să facă propuneri, dar M-terul să nu se grăbească cu legiferarea. Pentru ca să nu se ia efectele drept cauze; să se statueze pe esenţial, nu pe accesoriu; să se pună la baza fundamentală a învăţământului, deci a formării studentului, temelia solidă pe care să stea în orice împrejurare şi de care nici-o specializare medicală nu se poate lipsi. In aşteptare, să invocăm amintirea marilor clinicieni creatori de şcoli, din trecut, Profesorii Stoicescu, Buicliu, Nanu-Muscel, V. Babeş, Toma Ionescu, I. Cantacuzino, savanţi şi sau numai pedagogi eminenţi, cari au dat atâtea generaţii de foarte valoroşi practicieni şi oameni de ştiinţă. Să tratăm astfel şi elementul „oamenii" la care s'a oprit D-l D-r Pavel, precum şi alte cauze care făceau ca studenţii să înveţe bine, chiar dacă nu era creată pentru fiecare organ sau prag de noţiuni câte o catedră. Facultăţile trebue să scoată în primul rând buni practicieni, asta este menirea lor, nu oameni de ştiinţă. Omul de ştiinţă trebue să mai aibă ceva în plus, care nu i se poate infuza. Specialistul în serie nu este necesar nici indispensabil; mai bine şi pentru el şi pentru populaţie dacă nu va face pletoră. Să ne silim să scoatem cât mai mulţi medici cu bază solidă de cultură medicală generală, dintre cari să se specializeze cei anume dotaţi (nu toţi mediocrii şi subdotaţii) şi în proporţie cu nevoile generale, între cari în primul rând cele în legătură cu higiena şi medicina preventivă şi socială la ţară. Ca să nu se compromită şi specialistul.

Dar concluzii valabile nu se pot trage decât din expunerea a cât mai multe opiniuni şi sugestii autorizate.

Rugăm pe această cale Decanatele Facultăţilor de medicină din Bucureşti, Cluj şi Iaşi, cari primesc această revistă pentru biblioteca facultăţii, să binevoiască a ne trimite propunerile făcute. Pentru a le prezenta pe această cale publicului medical românesc.

*

In vederea acestei reforme a învăţământului medical suntem rugaţi a susţine următorul amendament sau dispoziţie tranzitorie:

„Actualii admişi la agregaţie, dela Facultăţile de medicină, cari sunt medici primari prin concurs (sau prin echivalare) şi au activitate ştiinţifică notorie, să primească titlul de agregat sau profesor agregat dacă este şeful unui serviciu anexat învăţământului clinic".

D-l D-r Al. Lambescu, chirurg primar la Timişoara, justifică astfel propunerea făcută:

Decretul Lege No. 88 pt. coordonarea învăţământului clinic cu aşezămintele spitaliceşti (M. Oficial No. 32 din 9. II/945 pag. 909) zice: „Medicii primari vor participa la învăţământ şi cercetări ştiinţifice, fiind

însărcinaţi cu cursuri şi lucrări practice de Facultatea de Medicină respectivă (Art. V.)". Dar, care le este, încadrarea? nu se stabileşte; profesor? conferenţiar? Concursul de admitere mai fiind desfiinţat. Numai obligaţie de a ţine cursuri gratuite şi nici-o consideraţie?

D-l D-r Lambescu are dreptate. Decretul-Lege iniţial care privea înfiinţarea Facultăţii de Medicină dela Timişoara, ştim că prevedea şi categoria **profesorilor onorifici**, nu numai pentru Facultatea de Medicină, dar pentru toate celelalte facultăţi (mi se pare că vre-o 7), pe cari trebuia să le cuprindă Universitatea de Vest. Inovaţia a fost viu criticată pe atunci. Nu ştim dacă textul iniţial a scăpat nemodificat. In care caz soluţia este mai uşor de găsit, iar Bănăţenii sunt oameni ingenioşi.

Credem, totuşi, că dacă nu se va renunţa la aceste anexe (nu toate îndeajuns de calificate, din toate centrele universitare) şi nu se va concentra învăţământul în clinici (cu personal şi organizaţie anume) — cheme-i, cum vor vrea (cei cari legiferează) şi dupe cum vor cădea de acord (părţile în litigiu), pe aceşti **profesori improvizaţi**, numai să nu blocheze, ca foşti **agregaţi onorifici** ai legei Jorga, calea **agregaţilor activi** selecţionaţi prin concurs, cari vor dubla şi vor împărţi cu titularii în funcţie instituirea studenţilor, ajutaţi fiind de personalul auxiliar. Aceasta le este însărcinarea, acea de **pedagogi**. Ştiinţă, dacă vor avea chemarea şi imboldul necesar; timp vor găsi. Să se silească să o facă, la nevoe mimând-o, ca să le crească prestigiul în faţa studenţilor. Cari, respirând în preajma lor o atmosferă chiar dacă de nu prea înaltă ţinută ştiinţifică, vor prinde gust să „gândească" şi ei. Gândirea li se facilitează, dacă educatorii le vor explica le pourquoi des choses pe fir fizio-patologic, pentru fiecare simptom, sindrom, boală; la început sintetic, pe măsură analitic; pentru cazurile cele mai frequente, mai urgente, mai specifice, — şi o vor face, pentru reţinere şi asimilare, în conformitate cu regulele pedagogiei în arta de a vorbi a ceti, a scrie. Pe urmă critica, care se va desvolta dela sine, dacă studentul va fi înzestrat. Şi, în fine, autocritica, dacă va veni vreodată.

Mă refer în cele schiţate mai sus la tratarea **cercetării ştiinţifice** în timpul şcolarităţii, care este rezervată numai celor înzestraţi. Pentru ceilalţi, cât mai mulţi bolnavi; pe care să-i vadă nu din vârful piramidei celor urcaţi unii peste alţii, ci să-i pipăe; în clinică, la serviciile de consultaţii, la bolnavi acasă (adică, pe teren, pentru boalele sociale).

IMPUNERILE FISCALE ALE MEDICILOR

Corpul medical stă sub ameninţarea unor nuoi impozite fiscale. La cotele grele de impunere se anunţă o supraestimare a câştigurilor impozabile. Cea ce va atrage intrarea în acţiune a globalului. Incât, o adevărată punere la gloabă a profesiunei medicale. Obligaţia cetăţenească a medicilor de a plăti impozite este firească. Dar aceste impozite să fie juste, şi proporţionale. Impunerea medicilor trebueşte luată în considerare în afară de corporaţie, adică în legătură cu societatea; şi în cadrul corporaţiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In raport cu celelalte categorii de profesionişti liberi impozabili, medicul îndeplineşte o funcţie socială de bază şi meseria lui implică o doză de apostolat. Ceea ce înseamnă că nu încasează dela toţi şi nici cât i s'ar cuveni; nu mereu, şi nu la fel. Incât, o impunere dupe criteriul unic al unui număr de vizite şi al tarifului chiar minimal de preţuri, nu este logică. Medicul vede şi merge la bogat şi la sărac, pe vreme frumoasă şi pe vreme urâtă, earna şi vara, ziua şi noaptea, riscându-şi nu odată viaţa. Bogatul nu este de regulă platnicul cel mai bun, săracului nu i se poate pretinde ce nu poate da, riscul de îmbolnăvire în timpul şi din cauza serviciului său profesional nu este luat în considerare. Compensaţii nu are în loc, meseria îl absoarbe cu totul; şi-l uzează prematur, ajutând şi moda la scoaterea din uz a medicului pe care anumite talente l-ar fi băgat în circulaţie. Nu toţi medicii reuşesc a face clientelă. Medicii înbogăţiţi din profesie se numără pe degete; cei mai mulţi mor sărăci, dupe o viaţă de muncă şi privaţiuni; unii, bolnavi şi mai toţi, dezilu-zionaţi, sfârşesc în tăcere. Nu este deloc de invidiat viaţa medicului care a investit în prealabil un capital de cheltueli şi datorii, şi de aplaudat sfârşitul lui. Dupe ani de învăţătură, îi mai trebue ani de practică, ca să ajungă la reputaţie. Sau să nu o dobândească niciodată. Pensionarul unei funcţiuni publice este mai fericit decât medicul retras din această funcţie socială. In viaţa activă mai toţi medicii în deplinesc funcţiuni oficiale la stat, cari le răpesc timpul; asigurându-le un modest standard de viaţă care îi satisface, îi sustrag în mare măsură exerciţiului liber al profesiunei care le-ar fi asigurat un câştig în plus. Dar câştigul acesta printr'un surplus de muncă le iroseşte puterile; de acea trebue privit cu îngăduinţă, nu cu cote de impunere dela 30 la sută în sus. Funcţionarii în general se bucură la medici de prime de reducere; intelectualii, de gesturi de înţelegere mai categorice; săracii, de multe ori pleacă cu medicamente. De regulă în oraş medicul împarte câştigul cu birjarul şi nu odată plăteşte el şi birja, noaptea. Cu toate acestea, procesul de conştiinţă al medicului rămâne acelaş, ba crescut cu grija de a nu greşi, de a nu jicni sau a nu fi înţeles.

Intre timp viaţa trebue trăită, nu numai pentru robot, dar pentru ce se cere pentru sănătatea trupească şi satisfacţia sufletească. Dar medicul nu are timp pentru aşa ceva, nici când şi cât să răspundă unor înclinaţiuni artistice evidente. Grija de viaţa bolnavului şi de viitorul familiei lui îi dă un aer de gravitate, care îl izolează în societate. Este respectat, de sigur; ba chiar temut; dar nu iubit. Ca şi preotul, care celebrează pentru tainele sufletului. Pe mai puţini îi încântă sosirea „D-lui Doctor", dacă nu-i ciupesc o reţetă. Plecarea din familie a lui „Nenea doctorul", dupe ce a dat o serie nesfârşită de sfaturi, este chiar salutată de copii. Incât nici pe cale sentimentală nu este răsplătită munca bietului medic. Căruia i se dispută de D-zeu succesul, atunci când s'a vindecat bolnavul şi i se pune pe seamă de către familie insuccesul, când a murit. Incât nu se bucură de folos şi plăteşte dublu pentru ponos.

Aceasta este, în trăsături groase, profesiunea pe care fiscul vrea să o impună la grele biruri; profesiunea de care depinde să-

nătatea individuală şi publică; apărarea patrimoniului biologic al naţiunei; pe care se sprijină victoria armatelor în mers şi viaţa populaţiei rămasă acasă. Impunerea fiscală a acestei profesiuni se cere, aşa dar, atent considerată, şi cu înţelegere.

In cadrul corporaţiei, criteriile de apreciere de luat de către Sindicatele sau Colegiile locale vor trebui să ţină seamă de specialitatea, reputaţia şi alte împrejurări, în recomandaţiile ce sunt ţinute să prezinte fiscului.

Nu toate specialităţile rentează la fel. Chirurgia cu grupul de specialităţi chirurgicale conexe sunt mai bine retribuite. Chirurgii, ginecologii şi urologii să nu se dea îndărăt. Dar să justifice onorariile mai mari prin greaua răspundere ce li incumbă, prin prelungirea unui tratament uneori zile şi săptămâni, prin materialele de pansament şi tratament (când nu le fac în spital). Medicina internă cu grupul de specialităţi medicale rentează mai puţin, fără nicio discuţie. Ca să ne exprimăm negustoreşte, cum vrea fiscul, unii sunt engrosişti, ceilalţi detailişti. Pentru unii şi alţii, onorariile sunt mai mari în Capitală decât în Provincie, la Oraşe decât la Sate — iar câştigurile nu sunt în proporţie, ci cheltuelile.

Reputaţia unui medic lucrează, de sigur. Dar nu implică numai decât pretenţii exagerate, dupe cum un medic mai puţin reputat nu înseamnă neapărat că trebue să fie modest. Acum tinerii sunt grăbiţi, necesităţile sunt mai mari, anumite ideologii socotesc că valoarea unui medic nu este în funcţie de numărul anilor de învăţătură şi practică, ba din contră. Incât pe grăbiţi fiscul nu are decât să le facă plăcerea a-i socoti şi reputaţi.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Intre împrejurările speciale, este de luat în considerare că unii medici de valoare şi reputaţie, cari ar putea să le asigure o clientelă numeroasă, desvoltă o activitate de ordin ştiinţific care le răpeşte cea mai mare parte din timp, şi le diminuă veniturile. Medicii de practică universală pot câştiga, şi câştigă, mai mult ca specialiştii reputaţi cu clientelă fatal redusă. Medicii începători îşi iau sborul cu încetul, şi cu foarte mare greutate azi, când oraşele oferă atâtea înlesniri de îngrijire medicală în spitale, dispensare, policlinici (îngrijire a cărei calitate va creşte cu timpul). Medicii igenişti sunt scutiţi prin lege. Medicii sanitari la fel, când nu fac clientelă. Plocoanele sunt benevole, chiar dacă aşteptate şi solicitate. Plata în natură, în alimente, pe medic îl jiceşte; de acea o socoteşte mai întotdeauna (spre deosebire de alte profesiuni) ca un semn de gratitudine, dupe cum asigură şi pacientul — fiscul nu poate valorifica încasările de ordin sentimental, şi nici nu este în măsură; sunt venituri de bursă neagră ale medicilor, uneori apreciabile, de apariţie recentă, cari se bucură de secretul profesional. Medicii rurali cari fac ceva clientelă, pentru câte îndură, trebuesc apăraţi dar nu încurajaţi — ca să nu capete gust de câştig ca studenţii de cari ştie D-l D-r Pavel că s'au întors din aşa zisul „stagiu" cu bani buni; cei cu dispensare (chiar dacă fără casă) nu toţi au dreptul să protesteze în contra inquiziţiei fiscale, iar unii cu spital rural, (nu mai vorbim de cei dela spitale suburbane) câştigă mai bine ca mulţi medici dela oraşe, având şi avantagiul unei vieţi mai eftine. Medicii de spitale urbane şefi de servicii se

BIBLIOTECA UNIV. DIN CLUJ

bucură de reputaţie (nu întotdeauna justificată), de clientela ce le furnizează spitalul, de câştiguri în plus cari vin din cote, şi mai cu seamă pe lângă cote (pe aceştia îi cunosc toţi, cu toate că se cred la adăpost ca struţul; iar fiscul când şi dacă vrea — căci şi Dumnealui umblă cu 2 măsuri — îi poate uşor identifica şi dupe măsură taxa).

In concluzie, fiscalitatea trebue să ţină socoteală de caracterul special al profesiunei medicale, care nu poate fi socotită între cele lucrative cu registre şi bilanţ; să nu stabilească cotă de impunere prea mare; şi nici să facă evaluări disproporţionate. Organele profesionale (sindicatele sau vestigiile de Colegii locale) să clasifice pe medici în cadrul practicei lor profesionale potrivit cu criteriile de mai sus, şi, mai ales, cu bună credinţă.

CĂRŢI NOUI

Semnalăm cu anticipaţie, în cadrul acestei cronici, apariţia următoarelor cărţi, a căror prezentare pe larg o vom face la „Analize" în numărul viitor:

Terapeutică socială — Organism biologic, Organism Social, de Prof. D. Danielopolu. Ed. Socec. Bucureşti, 1946.

Intr'o conferinţă, apărută în broşură, ţinută la Institutul francez din Bucureşti autorul, de reputaţie mondială prin lucrările asupra sistemului nervos vegetativ, în loc de a face comparaţii (speculative) şi analogii (fanteziste) între organismul social şi organismul biologic, propune **norme de organizare socială** cari să se inspire dela mecanismul de funcţionare a organismului uman.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Radioterapie clinică de Prof. D. Negru. Tip. „Cartea Românească" Cluj, 1946.

Acest volum face parte şi închee **Trilogia radiologică** pe care autorul a cuprins-o într'un prim volum, de **Radiologie medicală** apărut în 1931; şi al II-lea, de **Radio-diagnostic clinic**, apărut în 1944.

Importanţa noţiunilor de ordin radiologic este covârşitoare în medicină, pentru diagnostic şi instituire de tratament. Aparatul de raze Röntgen va intra în arsenalul de lucru al fiecărui medic practician, împreună cu un mic laborator clinic, alături de stetoscop şi aparatul de tensiune.

Ultimele 2 volume ale acestei **trilogii radiologice româneşti** fac posibilă aplicarea cu uşurinţă şi pe înţelesul tutulor a acestor noţiuni. Medicul român nu va găsi în nicio literatură străină o carte similară atât de folositoare. In interesul lui o recomandăm cu atâta înzistenţă, pentrucă din convingere.

L'oeuvre scientifique de Fr. I. Rainer: Structure fonctionnelle. — Anthropologie, Morphologie (Varia), Bibliographie. Imprimeria Naţională, Bucureşti, 1945.

Sub auspiciile şi prin îngrijirea Academiei Române au apărut ultimele 2 volume ale operei postume a Profesorului Fr. Rainer. Le vom prezenta în numărul viitor al revistei, împreună cu consideraţiuni asupra întregei opere.

M. C.

INCERCĂRI DE PSICHO-MECANICĂ

de

Prof. D-r EM. C. CRĂCIUN

Partea II

DINAMICA SUFLETEASCĂ

Să examinăm pe scurt câteva aspecte ale fiziologiei sufletului. Cu alte cuvinte, care sunt mecanismele sale posibile (dinamice). Mai departe, la fel vom căuta care sunt mecanismele sale actualizate, forțele care-l animă, pe cât posibil, legile sale (cinematica).

Proprietatea sa fundamentală este desigur **spontaneitatea**. Intr'un fel oarecare, cu totul nelămurit, energia aceasta există, se manifestă. Dar în afară de manifestările exterioare, care ar putea fi atribuite unor acțiuni reflexe, sunt cele interioare. Intradevăr un suflet poate trăi din propria lui substanță. Lent, greoi, monoton, dar trăește, întocmai ca în hibernare.

Tocmai această spontaneitate a energeticei sufletești arată că nu-i o rezultantă simplă, o însumare banală a tuturor celorlalte acte fiziologice ale diferitelor organe și țesuturi din corp.

De altfel, sunt multe fapte și deducții cari pledează pentru existența unei atari energii sufletești, la alte vietăți decât la om, în alte stări decât cele conștiente, fără excitări și primiri de orice fel din afară. Rudimente de energie sufletească se găsesc încă mai des decât suflete deplin formate fizic.

Prin analogie am putea compara această spontaneitate cu mișcările browniene ale protoplasmei vii: oscilații de mică amplitudine, ce luminează câmpul ultra microscopului. Cu lentile puternice să văd puncte mici, zisele micele, cari stau într'un neastâmpăr permanent: e chiar viața. Căci dacă ucidem protoplasma prin frig, căldură, acizi, acele mișcări se opresc, uneori după o scurtă fază de agitație desordonată, mai rapidă: spasmele agoniei coloidale, poate. Sau e o vibrație spontană, care nu e un perpetum mobile, ci una din manifestările vieții.

Dar, în orice caz, prin analogie cu toate fenomenele energetice și fiziologice ce cunoaștem, se poate vorbi de un **tonus sufletesc**, de un potențial, de un nivel de energie, care e înalt ori jos, fix ori

variabil, normal ori patologic. Neurastenia, de pildă, nu este decât o scădere spre zero a tonusului psihic. Muşchii, în afară de mişcările propriu zise, mai au un tonus, adică o stare de permanentă încordare, chiar în repaos, cu un consum minim de energie. Chiar celulele nemusculare au un asemenea tonus, care e legat de proprietăţi fundamentale, spontane, ale oricărei celule vii. Din cauza aceasta obrajii unui copil sunt tari, când au tonus; din cauza aceasta pielea unui adult începe a face cute, deoarece fibrele elastice şi conjunctive din derm îşi pierd tonicitatea. De altfel, la microdisecţie şi în culturile de ţesuturi se pot indiscutabil urmări variaţiile acestui tonus al substanţei vii.

Spontaneitate, în sensul de mai sus, nu înseamnă nicideoum că energia sufletească este de o esenţă supra-terestră, lipită pe creştat ca un ornament. Chiar de ar fi aşa, trebue dovedit. In orice caz, cu asemenea ipoteze neverificate şi chiar neverificabile, s'a ţinut pe loc secole şi milenii, cultivarea şi selecţia în sens agricol ale sufletului omenesc şi am rămas cu un suflet de primitivi într'o civilizaţie mecanică superlativă. Categoria „dioni" nu ne este la îndemână, pe când categoria „om" e datoria noastră să n'o lăsăm în părăginire.

Rasa albă de mult bănuia că fenomenul fulger nu-i de categorie divină. Franklin a dovedit-o şi anume, printr'o metodă profilactică, totodată elegantă şi utilă.

Din jocul diferitelor stări sufleteşti, deci a energiilor corespunzătoare, reiese ca o rezultantă, **tonusul său actual.** E un câmp de forţe, un teritoriu, o sferă gata de mişcare, o considerăm ca volum dat, faţă de altele, ca să ne imaginăm mai plastic dinamica socială.

E o plenitudine a sferei sufleteşti, o bogăţie de elemente vii, ca în trupul fraged şi ferm al unui copil, de fruct aproape copt.

Tonusul e o stare de încordare elastică, de echilibru gata de reacţie în orice direcţie, ca un boxeur în gardă. E controlul intrărilor şi ieşirilor, ortotonus de graniţă. E cam analog cu îngrijirile date siluetei fizice prin perie, lustru. Şi sufletul trebue netezit, epilat, ros pe unghii periat, lustruit.

Tonusul e crescut la cei ce trăiesc mereu pe stradă sau în agora, în stare de atac şi apărare: diplomaţi, bancheri, avocaţi, misiţi.

Poate fi brusc crescut printr'o idee, prin şoc intelectual sau afectiv şi invers: idei-forte sau sentimente-forte.

Tonusul poate fi crescut prin antrenare, prin sport: cacialmale, chouette, bancuri, orice gen de manifestări sociale. După nivelul realizat (succes parlamentar, război, etc.), sufletul adună rezerve din care trăeşte, ca albina din miere, toată iarna.

Crescut la cei cu vitalitate mare şi cu agresivitate **„habgierig"**, nesăţioşi, balcanici: o harţă perpetuă, o nesiguranţă continuă; la cei insinuanţi e dominant, captivant, hipertonic voluntar de multe ori.

Crescut în apărare sau în iminenţă de atac, când nu suntem în armistiţiu cu ambianţa. Crescut la cei ce se adună, se strâng, ca să nu rişte eşecuri. E o atitudine de hipercivilizat, ajuns la exces de inhibiţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Există stare de echilibru de ortotonus sufletesc, care se traduce sau prin atitudine olimpiană sau, cum spune Briand, printr'o „allégresse créatrice" şi corespunde unei bune adaptări sub raport afectiv, reactiv şi intelectual. Nici complex de superioritate, nici de inferioritate.

Ortotonus: nici prea încordat, crispat „ceţos", nici prea relaxat. Acordat în ton major, nu în ton minor, bemol.

Cu ce forţă de înfrânare trebue să comprimăm emisiuni necuvenite? Aceasta e de domeniul istoriei; totuşi: **self control.** Nu trebue scăpate emisiuni involuntare, impulsive. Sufletele care emit mereu pot ajunge la epuizare, întocmai ca cei ce cheltuesc tot ce au în casă prin exces de viaţă exterioară, de sociabilitate exagerată.

Sufletele tari sunt stăpâne pe emisiune, căci au putere de frenaţie. Sufletele tari ştiu totdeauna, pentru echilibrul lor, să-şi asigure momente de reculegere. Orele de meditaţie, de auto-examinare, de superioară încordare, oglindire şi purificare, regenerează puterea radiantă printr'un fel de concentrare.

Biografii spun că Hindenburg, chiar în cursul celor mai grele lupte din marele război trecut, nu renunţa la orele lui de vânătoare, — e greu să se mai adâncească cineva azi în ore lungi de meditaţie şi rugăciune, ca Filip al II-lea! Fiecare epocă îşi ia tonicul sufletesc unde e mai potrivit cu mentalitatea sa.

Echilibru între concentrare interioară şi exteriorizare: aportul exterior trebue digerat, asimilat, sedimentat, ca să se încorporeze permeabilităţii noastre, ca acestea să se poată îmbogăţi, creind noi valori sufleteşti.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După cum trupul aspiră la relaxare, la repaos, la securitate, toate aspiraţiile cele mai adânci ale sufletului caută viitorul ca o răsplată, ca o scăpare, ca o compensare pentru deceptiile prezentului, ca o eliberare de apăsări şi limitări de tot felul. Mobilul atitudinelor sufletului şi al acţiunilor determină punctul de gravitate al întregii noastre vieţi. Acest punct de gravitate nu se proectează în poligonul posibilităţilor prezente, ca pe o bază sigură de susţinere, largă, ci se proectează în afară de limitele acestei baze şi cade undeva în viitor. Această proecţie în viitor, îi imprimă forţă, viteză: e o credinţă, o nevoe, sau speranţa într'un viitor mai bun. Aceasta creează un desechilibru, căci fiecare trebue să-şi lărgească baza de susţinere prin noi achiziţii.

Doar recea şi chibzuita apreciere a tutulor împrejurărilor, poate fi un frâu acestei nesăbuite proecţii în afară de cerinţele şi posibilităţile momentului. Aci stă antidotul, aci stă echilibrul între învăţătura trecutului, rânduită şi păturită în toate colţurile memoriei şi a împrejurărilor subconştiente. Tot judecata, cumpăna sufletului este ceeace trage rezultante dintre diferitele porniri şi tendinţe, afecţii şi doruri ce-l mână. Din armonia tuturor acestora, rezultă felul de a fi al unui suflet.

A doua mare proprietate a sufletului este că e receptiv. Şi este receptiv pentrucă e o energie în continuă vibraţie faţă de alta. Trebue în mod necesar să existe în ambianţa unui suflet, vreo energie oarecare, pentruca senzaţia şi percepţia s'o capteze, s'o facă aliment intelectual. Trebue la fel o manifestare afectivă care să desvolte în noi forţe pozitive sau negative, întocmai ca un aliment sau ca un toxic. Trebue să participăm într'un fel oarecare la reacţiile altor suflete, pentruca reacţiile noastre să ajungă la amplitudinea lor maximă.

Sufletul se nutreşte cu aceste energii exterioare, similare, pe cari şi le asimilează, întocmai cum trupul se hrăneşte cu substanţe digestibile. Acest izvor de energie din exterior e mai mare decât s'ar putea crede. Insă din lipsă de unităţi de măsură, sau de ţesuturi potrivite, nu-l putem exprima în coeficienţi.

Dar că există, e sigur: ce face dragostea şi duioşia de mamă alta decât grefă de suflet, de energie sufletească când îşi îngrijeşte şi alintă pruncul? Ce este alta decât izvor de energie atunci când îi atribui unui prieten, unui om mare, afecţie sau admiraţie? Şi cum s'ar explica altfel că sufletele însoţite de veci, când unul dispare, curând moare şi celălalt? Ca şi pentru alte vietăţi, sunt „inseparabili" şi printre oameni: ca soţi, frate şi soră. Când generalismul Nagi şi soţia lui şi-au luat voit viaţa, la moartea mikadoului Mutsuhito, ei au actualizat acest simbol al isvorului de viaţă ce poate fi un suflet pentru altul. Ce este încurajarea, decât refacerea unui nivel, unui potenţial sufletesc, necesar funcţionării normale? Ce este descurajarea, decât un fel de hemoragie, de deperdiţie enormă, de energie sufletească? o „psihoragie"? Vom examina mai multe cazuri de acest fel mai departe, când va fi vorba de patologie.

Boş Gh. - Central University Library Cluj

Receptivitatea are evident grade, între obtuz şi hipersensibil.

A treia proprietate fundamentală e a reacţiei, care e o degajare de energie, care poate fi exterioară sau interioară. Sunt stări interioare generatoare de multe degajări energetice, sunt sentimente şi mai ales resentimente, decizii şi atitudini din cari toată viaţa curg acţiuni şi eforturi, ca apa dintr'un bataj ţinut sus, întreg.

După cum, de obicei, în condiţiile obişnuite ale vieţii, reacţia este exterioară, în mişcări, în expresie, în vorbe, în gesturi şi acţiuni. Trupul reacţionează la ordinele lui, dar uneori numai ca să exprime o reacţie sufletească la acţiunea altor suflete, deci ca o oglindire permanentă a raporturilor lor, cari se află în permanentă reevaluare, cum vom vedea mai la vale.

Reacţia poate fi provocată deasemeni prin anume stări interioare, o asociaţie de idei, o dorinţă puternică.

Reese deci, că sufletul poate creşte ca tonus, potenţial energetic pe trei căi: sau spontan, sau prin aport exterior, sau ca reacţie.

S'ar putea deci considera că într'o stare sufletească intră: un atom intelect + un atom afect + un atom voliţional sau reacţional, sau spontan. Din combinarea lor rezultă ceva ca o moleculă, care e tocmai starea sufletească termodinamică.

Prin urmare, diferitele aparate şi unităţi ale sufletului nu stau de loc izolate, ci sunt intim asociate. Aporturile senzoriale sunt judecate intelectual, colorate afectiv şi transformate în reacţii. Rezultă o stare de conştiinţă, care poate fi comparată cu o reacţie chimică, în care intră — după împrejurări şi indivizi — atomi intelect + atomi afect + atomi reacţiune. Molecula aceasta e stabilă sau instabilă şi ia naştere liberând plăcere sau neplăcere, întocmai cum o reacţie chimică liberează căldura sau frig, considerând frigul ca o absorpţie, o pierdere de căldură şi neplăcerea ca o pierdere de plăcere.

Jules Verne sau Wells ar fi putut prevede ziua când pe o serie de cadrane psihometrice vom putea înregistra gradul de satisfacţie atins de realizarea unei acţiuni, unei dorinţi, o plăcere estetică, precum şi curbele negative. Ceeace poate e mai aproape decât pare, căci cronaxia lui Bourguignon şi encefalograma arată echivalentul electric al unor procese nervoase, de când Einthoven, dela Leyda, ne-a învăţat să măsurăm diferenţele de potenţial realizate de contracţia cardiacă.

In sistemul său filozofic, Pythagora a ajuns la concluzia că universul e construit după aceleaşi principii ca şi părţile sale. Cu alte cuvinte, principiile şi forţele ce acţionează într'un microcosmos, cum ar fi celula, omul, sufletul lui, sunt aceleaşi cu cele ce ţin în fiinţă macrocosmos-ul, adică universul tot.

Universul nu poate inventa la infinit procedee diferite pentru fiecare din diferitele categorii de fenomene ce cuprinde, la diferite scări de mărime. Sufletul, ca parte integrantă din cosmos, nu poate face excepţie. Şi el un microcosm, parte din altele, ierarhizându-se în mărime crescândă spre infinit: sufletul unei familii, unui trib, unui neam şi aşa mai departe. Şi fiecare are forţele proprii de gravitaţie universală, afară de cele proprii.

Aplicând aci conceptul pitagorician, sufletul unuia sau altuia este un microcosm, ca şi o singură celulă din cele nenumărate care alcătuesc un singur trup. Ori, în fiecare microcosm din acestea e o massă, şi forţele gravitaţii universale au priză asupra lui. La rândul său, acest microcosm este şi el compus din alte unităţi mai mici, care stau la un loc şi formează un tot, pentrucă ascultă şi ele de forţe centripete şi centrifuge.

Emisiunile presupun un centru, cu tensiune maximă, faţă de ambianţe receptive unde tensiunea e mai joasă şi deci propagarea se poate face.

Fiind animate de asemenea forţe de atracţie şi respingere, sufletele gravitează unele în jurul altora, ca nişte aştri de mărimi diferite, unele cu rolul de soare, altele de sateliţi. Sunt sisteme solare mici, ca pământul şi luna; altele au mai mulţi sateliţi, ca Jupiter. Şi astfel sistemele sufleteşti se integrează în complexe din ce în ce mai mari, ca indivizii, familiile, clasele, etc. Fiecare după energia şi massa ce reprezintă şi după rezultantele lor, care sunt **tonusul** pe de o parte, iar pe de alta energiile actuale. Sunt indivizi, sunt naţiuni cu tonus puternic sau cu importante degajări şi realizări în raport cu ceilalţi.

Se atrag şi se resping suficient spre a rămâne în echilibru.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se atrag până ce ajung în contact. Dacă îşi descoperă afinităţi, se leagă, uneori pot chiar rămâne îngemănate, fixate unul de altul. La fel moleculele pot să adere unele de altele, aşa cum moleculele, unele gaze aderă la cărbune sau la buretele de platină.

Sau sarcinile electrice se resping şi fiecare astru sufletesc o ia în alt colţ de lume.

La fel fac şi celulele: unele ancitotropisme pozitiv, se atrag, se fac ţesuturi, ca celulele epiteliale nobile. Altele lunecă unele pe altele şi umplu golurile iar altele rămân mereu libere, ca leucocitele. Există la fel un psihotropism.

Pentru a executa asemenea au nevoe de energii actuale.

De aci câmpuri de forţe, în raport cu potenţialul acumulat şi cu presiunea diferenţială, adică cu presiunea ce mai rămâne activă după ce e învinsă rezistenţa, inerţia altor suflete.

Emisiunile sufleteşti diferă numai ca intensitate, dar şi prin calitatea lor, care nu-i totdeauna lesne de evidenţiat. La fel, nu putem deosebi unele proteine şi unii microbi între ei prin analiză chimică, ci prin analiză biologică: fiecare produce alt anti-serum, deci altă reacţie de imunitate.

S'ar părea că sufletul reprezintă ceva analog cu un centru de gravitate al individului asupra căruia acţionează toate solicitările. De exemplu, atunci când cineva doreşte mai mult decât are, voliţiunea sa, centrul său de gravitate se deplasează într'acolo, se poate chiar proecta dincolo de graniţele proprii, dincolo de propriu său poligon de susţinere: la invazie şi conflict. În afară de aria mijloacelor noastre de acţiune, sufletul e în stare de dezechilibru: şi individul porneşte la atac, e în progres dinamic, iar rezultatul practic este variabil.

Când proecţia voliţiunei se face în lăuntrul ariei, individul e în echilibru dinamic; şi aci rezultatul practic poate fi o acumulare de rezerve de energie, în vederea unui nou atac, sau expansiune, sau din potrivă, e regres organic.

Când te închini în faţa cuiva, e ca şi când ai crea un plan înclinat ce uşurează deplasarea unei greutăţi. Invers, când stai foarte rigid, faci contrapantă!

* * *

Sunt tendinţe ale sufletului care creează adevărate potenţiale ridicate în vederea acelor ce vor urma: câte nu facem din afecţie, din admiraţie, din entuziasm? câte n'am face din umanitarism, din recunoaştere, dacă interesul propriu n'ar şti să înainteze cereri cu precădere?

O idee încărcată cu afectivitate are cu totul altă activitate decât e idee rece. Când un prieten, sau cineva apropiat sufleteşte ne recomandă o acţiune, un sentiment, grefa e cu alt rezultat.

Dar câte nu facem din antipatie, din animozitate? Dacă motive puternice sunt pentru acţiuni bine legate: ura de o parte, iubirea de alta.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sufletul bate aceleaşi căi, aceleaşi făgaşe, cum bat apele către acelaşi fund de vale dinspre plaiurile şi clinurile vecine. Şi când o piedică se iveşte, apele clocotesc, se frământă şi răsbat.

Bunătatea, la cei foarte dotaţi, e ca o lampă alimentată voit cu uleiul imaginaţiei, inepuizabil. Pe când la cei săraci cu duhul — şi cu imaginaţia — se stinge repede, ca un licurici, când se răceşte apa. Aparatul intelectual influenţează pe cel senzitiv uneori, deşi reciproca e mai frecventă şi mai adevărată.

Chiar imagina fericirei e alta după prisma de constituţie a sufletului. Orientalii o caută în Nirvana, occidentalii o caută în exagerarea aportului exterior ca senzaţii vii şi în exagerarea manifestărilor în afară, ca reacţii, ca realizări. De aci rezultă o intensificare enormă, nebănuită, a potenţialului sufletesc european, care se impune, care atrage, care se lasă colonizat şi grefat peste întregul cosmos terestru. „Plăcerea de a trăi" e nodul vital al sufletului european. Lipsa acestei plăceri fundamentale e cea mai grea pedeapsă, aşa cum spune chiar Sfânta Tereza.

PROGRES SAU REGRES BIOLOGIC?

de

V. GOMOIU

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se poate afirma — după mărturiile scrise pe care le avem, — că, de cel puţin cinci mii de ani încoace, omul s'a străduit mereu ca să pătrundă tainele naturii.

Pe unele a reuşit între timp să le deslege sau să le dea o explicaţie care să-l mulţumească, dar au rămas încă atâtea altele, al căror adânc apare insondabil. Căci, — pentru a ne da seamă de imensul gol al închipuirei noastre „ştiinţe", — ajunge să repetăm eternele întrebări: Cine, — sau, când şi cum — a făcut totalitatea necuprinsului căruia îi zicem „univers"? Ce mai este dincolo de ce vedem sau bănuim a şti? De unde venim, şi unde ne ducem? De ce ne mai naştem, dacă trebue să murim? Şi, la toate aceste întrebări, — chiar dacă nu am vrea să ascultăm recomandarea „crede şi nu cerceta", — nici nu suntem volnici de alt răspuns mai onest, de cât acela că Dumnezeu este „atotfăcătorul „atotţiitorul" şi „atoateştiutorul".

De oare ce însă constatările se repetă, iar mintea omului e sortită să se frământe, gânditorii îşi pun mereu tot felul de întrebări, şi caută răspunsurile cele mai aproape de adevăr. Dintre întrebări desigur că nu se va fi omis nici aceia dacă evoluţia biologică marchează progres sau regres, iar răspunsurile — dacă se vor fi dat vreunele, — au putut să fie cu totul deosebite, în raport cu multiplii factori cărora se pot subordona.

De aceia, — făcând abstracţie de progresele, încontestabile, ce s'au realizat în atâtea domenii, şi, preocupându-mă numai de rezultatul evoluţiei biologice, — las fiecăruia să tragă concluzia ce-i

se impune din faptele sau constatările pe care le-am luat în considerare.

Astfel. Se recunoaşte de ori cine — şi, statisticele confirmă — că „s'a înmulţit lumea", iar în ce priveşte cauza acestei înmulţiri, se afirmă cu tăria unei certitudini că ea se datoreşte civilizaţiei şi măsurilor de igienă, care au micşorat procentul mortalităţii, favorizând pe de o parte creşterea copiilor, iar pe de alta stăvilind epidemiile; ba încă, — învăţând să se protejeze, — oamenii n'au mai pierit nici din cauza intemperiilor care omoară atâtea muşte, viermi, şoareci, etc.

Personal, nu vreau să contest ori ce influenţă a civilizaţiei, dar rămâne a se cântări repercuţiile — bune sau rele — pe care le-a avut asupra evoluţiei biologice. De asemenea nu mă ocup de cazurile particulare, ale ţăilor sau neamurilor care înfrâng însăşi afirmaţia iniţială, prin faptul că — în ciuda civilizaţiei lor şi a igienei — numărul populaţiei respective a rămas acelaşi, sau chiar a scăzut. Nu mă opresc nici asupra faptului că, de când se cunoaşte situaţia — după statistici — România a ocupat un loc de frunte în scara procentuală comparativă a naşterilor, dar — cu tot progresul pe care l'a realizat — menţine până azi tot un loc de frunte, chiar în ce priveşte mortalitatea; — şi, totuşi, populaţia ei a sporit.

Considerând însă problema în liniile ei generale, — fără a neglija nici chestiunea avortului care în trecut nu se obişnuia, pe când astăzi se abuzează pe multe locuri, — trebue să ne întrebăm dacă sporirea populaţiilor se datoreşte în adevăr — sau, numai — intervenţiei civilizaţiei — care păstrează în viaţă mai mulţi indivizi în raport cu numărul celor care se năşteau odinioară, — sau, este vorba de o înmulţire reală a naşterilor, care nu mai poate să fie depăşită şi nici atinsă de numărul morţilor, care ar fi rămas acelaşi. Căci. Cine — sau, cum — ar putea să precizeze procentul natalităţii din trecutul depărtat, spre a-l compara cu acela al mortalităţii respective? Iar de altă parte, cine — sau, ce — ne poate asigura că vechile epidemii au secerat vreodată atâtea milioane de vieţi câte au răpus ultimele două războae, sau că au depăşit de multe ori ravagiile tifusului exantematic din 1917?

De altă parte, — în cazul când în adevăr este vorba de o înmulţire reală a naşterilor, — dacă se ia în considerare observaţia populară, care pretinde că „unde este sărăcie, sunt şi copii mulţi"; şi, mai ales dacă se ţine seamă de faptul că, în general, vieţuitoarele mai fragile se bucură — ca compensaţie — de o prolificitate mai mare, — se impune întrebarea: dacă înmulţirea reală a naşterilor se datoreşte tot civilizaţiei, sau recunoaşte alte cauze şi apare ca o lege compensatorie care traduce o accentuare a fragilităţii biologice umane.

Tot în legătură cu evoluţia — dar, în contrast cu înmulţirea oamenilor, — trebue luată în considerare şi constatarea că animalele sălbatice, în general, s'au împuţinat simţitor, şi că unele — din cele mai mari (Aquila, balena, elefantul, etc.) sunt pe punctul de a dispare, pe când altele (— mamutul, marile sauriene, etc.) au dispărut deja demult; iar în ce priveşte cauza acestei împuţinări, se afirmă —

ca o certitudine, şi cu aparenţă de excluzivitate — că ea se datoreşte vânătorii.

Fără îndoială că, în multe privinţe, nu se poate tăgădui acţiunea devastatoare a omului; — de pildă, exterminarea lupilor din Anglia, fiindcă nici nu aveau putinţa să se refugieze în altă parte; şi, poate că tot din cauza vânătorii au dispărut zimbrul sau bourul carpatic, ale cărui ultime exemplare au fost ucise (în pădurile de lângă Varşovia) în vremea ultimului război.

Dar, mă întreb: Ce au devenit leii şi cangurii care au populat odinioară Europa? Fost-au ei exterminaţi prin vânătoare? Au pierit toţi din cauza vre-unui cataclism, sau al unei epizotii? S'au tras cu încetul, ori au plecat în altă parte (— pe unde-i mai aflăm astăzi) din cauza condiţiilor mediului, care vor fi devenit între timp ne prielnice?

Căci. Dacă regnul vegetal adoarme sau se deşteaptă sub influenţa poziţiei pământului în raport cu soarele, — oare, aceleaşi schimbări de poziţie astrală, nu exercită ele nicio influenţă asupra regnului animal? — sau, se limitează ea numai asupra hibernantelor? Oare devierea axei polare a pământului n'a avut nicio urmare? Iar dacă se recunoaşte excitaţia oamenilor — frizând nebunia — sub influenţa Amocului şi a flăcărilor solare, — oare, aprinderea unor astre şi stingerea altora sau distrugerea lor şi răspândirea pulberii astrale până pe pământ, nu exercită nicio influenţă asupra vieţii noastre? Şi. Dacă admitem că pământul a suferit o seamă de transformări pentru ca, din starea de nebuloză sau gaz să ajungă la aceia pe care o cunoaştem, — cine poate preciza când a intrat pământul în faza de definitivat? — sau, ce ne poate îndreptăţi să credem că orice transformare a încetat?

Indiferent de raporturile dintre cauze şi efecte, — se poate oare admite că pe vremea când gheţarii nordici ajungeau până la jumătatea Europei, iar pădurile ocupau restul, condiţiile de viaţă erau aceleaşi cu cele de azi? De asemenea. Indiferent de cauzele pe care le recunosc, — oare, secarea spontană a atâtor râuri şi lacuri, nu determină şi ea altă modificare a condiţiilor biologice? Iar dacă, alături de atracţia universală s'a recunoscut magnetismul pământesc şi cel animal; şi, dacă se admite astăzi că toată viaţa este un joc al electricităţii, — oare, nu suntem noi nişte infime jucării sub dependenţa raporturilor dintre pământ şi restul universului? Oare, condiţiile biologice de pe pământ nu vor fi ele influenţate chiar prin imemoriala emanaţie a gazelor — pe care căutăm să le folosim acum, — sau chiar prin extracţia şi deplasarea sau consumul atâtor metale, petrol, etc.?

In legătură cu aceste întrebări trebue să observăm că mamutul şi marile sauriene (— dinosaurul, ichtiosaurul, plesiosaurul) au dispărut într'o vreme când lumea era destul de rară şi nu se descoperise praful de puşcă aşa că exterminarea lor prin vânătoare — ca şi dispariţia lor bruscă printr'un cataclism, ori o epizotie generală — apare foarte problematică. In schimb, — faţă cu cele de mai sus, — pare foarte plauzibilă dispariţia lor din cauza schimbării con-

diţiilor de viaţă, ale mediului; sau' că, din aceleaşi cauze, au degenerat treptat — ca feriga — până ce au ajuns într'o stare în care nu le mai putem identifica.

Nu poate nimeni să susţină că imenşii baababi, sicomori, etc., au dispărut din cauza exploatării, dar se ştie că ultimii frasini au pierit în vremea noastră, iar feriga — redusă azi la două foi ornamentale, — era odinioară un arbore considerabil, care a degenerat până la faza actuală şi, abia se mai găseşte pe unele locuri. Ba încă. Dacă considerăm rezultatul încrucişerilor — la plante şi la animale — se impune în mod obligator întrebarea dacă toate exemplarele nou descoperite de botanişti şi de zoologi, au existat ca atare, fără să le fi cunoscut naturaliştii cei vechi, — sau sunt realmente nou apărute, ca rezultat al încrucişerilor întâmplătoare, ori sunt rezultatul unei transformări biologice aşa de profundă a celor vechi, în cât nu se mai aseamănă de cât prea puţin — sau, deloc — cu originalul.

Pe baza exemplelor de mai sus, s'ar putea ajunge la concluzia că natura urmăreşte — ca o lege implacabilă — dispariţia totală a elementelor superioare sau degenerarea lor.

In afară însă de dispariţia măruntelor amonite şi belemnite, nu se poate trece cu vederea nici situaţia albinelor, despre care spune Herodot că pe vremea lui erau aşa de multe în stânga Dunării, în cât de teama lor n'a îndrăsnit să se avânte prin aceste ţinuturi; la începutul istoriei noastre se vede că au predominat în Jud. Mehedinţi de vreme ce marca lui este o albină, iar astăzi, în afară de stupii de pe lângă casă, abia se mai găseşte ici-colea câte unul sălbatec.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Restrângând însă cadrul problemei la evoluţia biologiei umane, — se impune dela început întrebarea: Ce a devenit „homo gigas" al pădurilor şi al peşterilor? A dispărut el — brusc, şi total — din cauza Potopului sau a vreunei epidemii? Ori s'a stins treptat din cauza condiţiilor devenite ne-prielnice ale mediului? Sau, a degenerat până ce-a ajuns la forma sub care îl reprezentăm noi astăzi? — Din nefericire, anumite constatări par să confirme această bănuială, iar pe de altă parte ne impune o mare rezervă prognostică.

In adevăr. Trecând deocamdată peste chestiunea sentimentului şi a inteligenţii umane, — care trebue analizate deosebit, spre a cântări mai just progresul civilizator legat de dânsa, — trebue să recunosc dela început că constatările la care mă referii traduc o evoluţie biologică somatică defavorabilă, ce s'ar putea numi deadreptul „degenerare".

Astfel. In ciuda statisticienilor, care speculează ţifrele pentru a convinge că s'a prelungit „media vieţii", — din contră, realitatea dovedeşte că limita vieţii s'a scurtat impresionant. Aparent, statistica poate să aibă dreptate dacă, la cele 365.000 zile ale unui centenar, adaugă vieţile de câte o zi sau două a nouă din nou născuţi bolnăvicioşi (care, odinioară erau aruncaţi de pe Tarpeia) şi le împart la zece, obţinând astfel o medie de 36.501 zile; pe când astăzi, ne străduim să păstrăm viaţa tutulor noui născuţilor, — deşi atâţia din cei debili tot mor după 1-20 de ani. Totuşi, luând pentru 9 din aceştia media care de lacare pentru care carumepnei belutrucâsăre

aceştia media de 10 ani (adică 428.500 zile) şi adăugându-o la cele 365.000 zile ale unui centenar, obţinem un total de 793.500 de zile, — pe care dacă le împărţim tot la zece, conchidem la o medie modernă de 79.350 de zile, care este fără îndoială mai mare decât vechea medie de 36.501 de zile.

In realitate însă, — fără să mai considerăm vârstele matusalemice ale înaintaşilor depărtaţi, — trebue să recunoaştem că nu este prea demult de când centenarii erau foarte numeroşi pe când astăzi constitue o raritate. Insăşi mica Românie din 1910 — când s'a făcut primul recensământ oficial, — avea peste o sută de centenari (la cc. şease milioane de locuitori), pe când astăzi (la cc. cinsprezece milioane de suflete) nu ştiu dacă mai există vre-unul peste o sută de ani.

Prin urmare. S'a scurtat vieţile câştigate, pentru a prelungi unele problematice, sau — cu alte cuvinte — s'a sacrificat calitatea în favoarea cantităţii. Totuşi. Acei care nu voesc să cedeze nici în faţa evidenţii, susţin că totuşi viaţa actuală este mai lungă, prin intensitatea cu care o trăim, dar — fără să mai luăm în discuţie relativitatea „intensităţii" invocate, — nu ştiu dacă râvneşte cineva la viaţa efemeridelor.

Apoi. Fără să urmărim ascendenţa noastră până la „homo gigas", ajunge să considerăm dimensiunile şi greutatea armurilor expuse prin muzee, spre a ne da seama că talia omului s'a micşorat considerabil. Armata germană din ultimul timp n'a mai găsit atâtea elemente de peste doi metri înălţime, cu care să formeze o „gardă" în felul aceleia a lui Frederic cel Mare. Iar la noi, talia minimă admisă la prima recrutare modernă (în 1878) a fost de 1.71 m., pe când astăzi ea admite chiar talia de 146 cm., — nu numai fiindcă se încorporează mai mulţi oameni, dar fiindcă cei dintâi s'au împuţinat simţitor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Odată cu talia — sau, peste chiar independent de ea, — a scăzut fără îndoială vigoarea umană. Căci. Câţi ar mai putea oare să poarte astăzi armurile de care amintii? Şi, câţi ar mai putea să mânuiască paloşele sau buzduganele luptătorilor de odinioară?! Oare, — fără maşinile de care dispunem, — ar mai putea oamenii de astăzi să facă ceia ce au realizat cei de odinioară? Iar invenţia atâtor maşini, a fost ea numai rezultanta unui neastâmpăr mintal, ori a născut din nevoia de a suplini deficienţa vigorii umane? Dar însăşi înmulţirea mijloacelor de locomoţiune, se datoreşte ea numai dromomaniei, grabei şi comodului, — sau este impusă chiar de nevoia celor care nu mai pot să umble aşa de mult? Oare, pentru marşuri mai îndelungate, luptătorii de odinioară aveau ei nevoe de acelaşi „antrenament" ca soldaţii de astăzi? Dar, dece cere toată lumea împuţinarea orelor de muncă, simplificarea programelor de studii, etc.? — Numai din cauza lenei? sau, fiindcă realmente majoritatea „nu poate" mai mult.

Apoi. Lăsând la o parte expresiile — „orb", „surd", „gros de piele", etc., — pe care le întrebuinţăm la figurat, şi excluzând cauzele particulare sau patologice, — poate cineva tăgădui că cel puţin unele din simţurile noastre au slăbit, chiar la propriu, foarte mult?

Nu ştiu dacă ochii primitivilor au avut agerimea şoimului, şi

dacă cei vechi au fost toţi capabili de televiziunea naturală, care se mai constată la unele exemplare umane, şi pe care noi căutăm să o realizăm prin inventarea aparatelor ad-hoc. Sigur este însă că antichitatea — care s'a ocupat aşa de timpuriu (încă de acum 4-5000 de ani) de boalele de ochi, — nu pomeneşte de ochelari pentru oamenii sănătoşi, până acum 750 de ani (după anul 1200), când s'au fabricat primii ochelari. Iar astăzi, poate cineva să tăgăduiască înmulţirea purtătorilor de ochelari? Dar, fabricarea lupei şi a ochianului, n'a fost ea impusă tot pentru a suplini deficienţa vederii?

De asemenea, nu ştiu dacă simţul olfactic al primitivilor se va fi asemănat chiar cu al câinelui, şi dacă simţul auditiv nu era mai acut de cât este astăzi, sau dacă toţi cei vechi erau capabili de teleaudiţie, care se mai constată la unii şi pe care majoritatea o realizăm graţie invenţiei aparatelor de radio. Dar, până la descoperirea acestora, mulţi din cei înzestraţi cu puterea audiţiei la distanţă, au fost consideraţi ca „luaţi din iele", şi, internaţi ca nebuni, sau pedepsiţi ca escroci.

Lipsindu-mi statistica, nu ştiu să afirm care era proporţia dintre surzenia de odinioară şi cea de azi; iar pe de altă parte, nu vreau să inzist asupra acelora care „ascultă pământul" sau asupra „misterului" graţie căruia se înţelegeau, la mari distanţe, şefii triburilor abisiniene în trecutul război — fără să fi folosit poşta, telefonul, telegraful sau radio, — dar, trebue să observ că cornetul acustic este o creaţie recentă, şi că numărul celor „tari de urechi" creşte mereu.

In această ordine de idei se impune atenţiunii noastre chiar facultatea acelor medici din vechime care reuşeau să diagnosticeze boalele numai prin pipăitul pulsului. Căci, se pune întrebarea dacă succesul lor se datora numai exerciţiului, sau dacă simţul tactil al celor vechi era mai desvoltat ca astăzi.

De altă parte, poate să fie foarte fondată părerea — aproape generală — că învelirea corpului a fost impusă de intemperiile noului mediu în care se vor fi deplasat indivizii, umblând după hrană. Totuşi, — abstracţie făcând de exigenţele „modei", — n'ar fi de mirare că nevoia îmbrăcămintei să se fi resimţit tot mai mult în cursul timpului, din cauza unei slăbiri a rezistenţei organice; iar o seamă de constatări pledează în favoarea acestei ipoteze.

După cum spusei mai sus, nu este uşor a preciza dacă înmulţirea oamenilor este o consecinţă sau un fenomen de compensare al fragilităţii biologice care s'a accentuat în cursul timpului, ori, din contră, dacă această înmulţire este cauza care a condus la slăbirea rezistenţei organice. De asemenea, nu ştiu cum s'ar interpreta mai just dispariţia unor boale ca — de pildă — chloroza, care a format un capitol separat în tratatele destul de recente, pe când azi a dispărut din dicţionarul nostru; — sau, lepra, care era în trecut una din boalele cele mai răspândite pe când azi abia se mai întâlneşte pe ici-colea, deşi tratamentul ei nu se cunoaşte, iar „izolarea" a fost adeseori iluzorie.

In schimb, — chiar dacă însăşi posibilitatea de „adaptare" ar fi considerată ca un semn al rezistenţei organice, — sunt atâtea alte fapte, în afară de cele menţionate, care dovedesc că biologia umană a suferit în cursul timpului serioase modificări, defavorabile.

Căci. Fără a ţine seamă de observaţia curentă că „s'a schimbat lumea" sau că „lumea a devenit mai.... (altfel de cum era)"; şi, fără a mai considera aprecierea că „X, sau Y, este tare (adică sănătos) ca un sălbatec", — nu se poate contesta că în general numărul boalelor, sau al bolnavilor, a crescut. Iar dacă totuşi s'ar pretinde că această înmulţire este numai aparentă şi ar fi considerată ca un semn al civilizaţiei, care a îndemnat la tratament pe mai mulţi de căi înainte, — cine, oare, ar putea — chiar în lipsa „dovezilor" statistice — să conteste înmulţirea tuberculoşilor, a canceroşilor, şi a nebunilor în genere? Afară de acestea, — exceptând psichozele războaielor, ale emigrărilor sau invaziilor, etc. — chiar dacă unele din boalele actuale vor fi existat în vechime, şi totuşi nu le putem identifica în tratate din cauza descrierii lor incomplecte sau eronate, — este sigur că o parte din psichozele actuale şi mai toate simpatozele sau endocrinozele au lipsit, nu numai din tratatele mai vechi de medicină, dar nici n'au existat în realitate.

De altfel, majoritatea publicaţiilor medicale intitulate „un caz nou de...", dovedeşte că medicii din toate timpurile au avut să constate anumite noutăţi, din care unele s'au datorat fără îndoială ignoranţei din trecut, dar altele cred că trebue puse în legătură cu evoluţia biologiei, care a determinat boale noi sau manifestări diferite ale aceleiaşi boale. Din această cauză, fiecare generaţie de medici a ştiut noutăţile pe care le-au raportat predecesorii, dar a ignorat pe acelea de care s'a izbit ea însăşi, — ca şi noi, care, ştim ce trebuia să ştie predecesorii, dar ignorăm atâtea din cele ce ar trebui să ştim astăzi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fireşte că ar fi absurd că conteste cineva progresul ştiinţei, — deşi în multe privinţe n'am reuşit să ne depărtăm de Biblie, iar în altele am evoluat zadarnic, de vreme ce la urmă ne-am întors la Hipocrate; — totuşi, faţă de cele arătate mai sus, mi-a părut logică întrebarea dacă din punct de vedere al biologicului, de care se leagă prognosticul vital, suntem în progres, sau în regres?

Referindu-mă la cauzele acestui regres — dacă aşa este, — trebue să recunoaştem că sunt — sau, pot să fie — multiple. Căci, Dacă nu cunoaştem influenţa pulberii astrale ce se depune pe pământ; şi dacă ştim încă destul de puţin despre razele cosmice, sau despre magnetismul universal, — nici nu putem să trecem cu vederea asupra atâtor fenomene care se impun atenţiei noastre (— fluxul şi refluxul mării, automatismul „lunaticilor", nebunia Amok-ului, excitaţia animalică dinaintea cutremurului, excitaţia flăcărilor solare, etc.).

Spusei deja că nu este prea lesne de precizat raportul dintre împuţinarea bogăţiilor pământului, înmulţirea oamenilor şi scăderea rezistenţei organice, dar, fără îndoială că acţiunea devastatoare a omului (— războaele, defrişarea pădurilor, extracţia minieră, etc.) n'a rămas fără influenţă asupra evoluţiei biologice.

Alături de acestea, nu se poate neglija nici acţiunea — defavorabilă — a civilizaţiei, care a cauzat o seamă de boale — zise „industriale" sau accidente; — a prilejuit ori a impus atâtea restricţiuni sau excse vătămătoare; — a făcut pe om mai impresionabil, şi prin aceasta i-a provocat mai dese şi mai serioase turburări endocrinice cu atâtea stări maladive consecutive.

Spitalul C. F. R. Nr. 1 Buc.
Serv. Chirurgie

REZECŢIA TIP LÄWEN IN FLEGMONUL CAPSULAR AL GENUNCHIULUI

de
D-r G. BĂJEU

Dela început trebue să facem un distinguo în nomenclatura supuraţiilor acute intraarticulare ale genunchiului. In timp ce şcoala franceză a pus accentul pe simptomatologie şi a divizat artritele în acute, subacute şi supraacute — şcoala anglo-americană sau germană le-a catalogat după leziunile anatomo-patologice, adică a deosebit empiemul limitat la partea internă a articulaţiei — de **flegmonul capsular**, care cuprinde tot aparatul articular, afecţiune mai gravă şi capabilă să fuzeze deasupra sau dedesubtul articulaţiei.

Dacă tratamentul empiemului este bine cunoscut, tratamentul flegmonului capsular, cu indicaţiile şi metodele corespunzătoare, a suscitat încă discuţii ample, cu statistici şi dialectică variate. Frecvente mai cu seamă în epoci de războiu, unde genunchiul este foarte expus şi poate fi atins de tot soiul de corpuri străine inerente împrejurărilor. Dacă articulaţia e deschisă de astfel de traumatisme, întotdeauna urmarea e o infecţiune a cavităţii, care poate lua una din evoluţiile cele mai grele din toată chirurgia de războiu şi uneori de pace. Printr'o sutură imediată a capsulei, după cerinţele lui **Friederich**, cu toată asepsia şi competenţa necesară, — se pot obţine, chiar în caz de războiu, vindecări optime şi foarte mulţumitoare. Aci e locul să menţionăm că perioada de incubaţie a unei plăgi articulare e mai lungă şi ne permite să facem tratament profilactic chiar după 18 sau 24 de ore. După acest timp sinoviala (care nu este o seroasă adevărată) nu are posibilităţi de apărare — nu produce aderenţe, nu se cloazonează ca peritoneul, este un mediu propice pentru desvoltarea infecţiei. Se mai adaugă faptul că însuşi organismul se apără mai puţin în artrite decât în orice supuraţie tissulară.

Sunt însă cazuri în care infecţia nu mai poate fi evitată, fie din cauza felului de rănire, care nu permite o sutură imediată a plăgii, fie că nu e posibilă (în războiu), fie că făcută deja cu toată grija şi asepsia, totuşi ia naştere o supuraţie articulară. Se întâmplă foarte adeseori să nu recunoaştem la timp gravitatea complicaţiilor ce pot surveni şi să luăm decizia supremă (amputaţia) când e prea târziu şi uneori când nici viaţa nu mai poate fi salvată. Mortalitatea supuraţiilor articulare la genunchi este mai mare în comparaţie cu a altor articulaţii, fiind cunoscut faptul că la genunchi infecţia se răspândeşte cu repeziciune, toxemia e masivă, iar anatomia ei favorizează invazia părţilor din jur în măsura pe care o cunoaştem, dar din păcate n'o recunoaştem la vreme.

* * *

Diviziunea făcută în alte ţări între empiem şi flegmon capsular este importantă (cum am spus) şi din punct de vedere terapeutic.

In timp ce empiemul nu comportă dificultăţi de terapeutică, flegmonul capsular cere necondiţionat intervenţii mai mari. Dificultatea stă în faptul că până azi încă nu e făcut acordul între opinii. Unii sunt pentru artrotomie, alţii pro sau contra rezecţiei.

In fond toţi admit că trebue să ne conducem după vechiul adagiu: „ubi pus, ibi evacuo".

Principalul în orice supuraţie este să drenăm în punctul cel mai declin, ceeace este foarte greu la genunchi şi pentru care motiv s'au propus fie căscarea largă articulară, fie rezecţia întinsă, fie-ca ultimă resursă, amputaţia.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Läwen a arătat încă în cursul primului războiu mondial că la genunchi — recess-ul posterior în poziţia de flexiune lasă un spaţiu unde se poate acumula puroiul, care e oprit a ieşi în afară de calota celor 2 condili femurali. El a propus în 1919 şi a realizat cu deplin succes metoda care-i poartă numele: **rezecţia calotei posterioare a condililor femurali**, spre a obţine un drenaj mai larg, făcută precoce spre a pune o piedică fuzării puroiului înspre părţile moi (spaţiu popliteu, în sus sau în jos, prin lojile musculare).

In felul acesta drenajul devine decliv şi fluxul lui este asigurat spre înafară.

El a comunicat rezultate excelente şi niciodată n'a fost nevoie de amputaţie ulterioară.

Uneori a obţinut articulaţii capabile de funcţionare, alteori ankiloze în bună poziţie, fără scurtări, ceeace pentru membrul inferior este de folos real.

Indicaţia pentru rezecţia tip **Läwen** este dată atunci când, într'o rănire de războiu sau de pace, infecţia a trecut dincolo de capsula articulară. Clinic observăm un edem tare al părţilor moi periarticulare, capsula se simte îngroşată şi toată articulaţia este plină asemenea unei fongozităţi ce ar cuprinde-o în întregime, cu dureri la nivelul ei lateral şi mai ales posterior. Gravitatea leziunilor se mai traduce printr'o stare generală rea: pacienţi slăbiţi, astenici, temperatura între 39° şi 40°, puls slab, moale, frecvent, cu lipsa complectă

a apetitului, ceeace dovedeşte că e nevoe urgentă de o artrotomie de descărcare. Artrotomii, care în cursul evoluţiei se dovedesc adeseori insuficiente şi nu rareori s'a observat că timpul a trecut pentru o intervenţie mutilantă, ba uneori chiar pentru amputaţie este prea târziu. Adevăruri verificate şi în timp de pace, dar mai cu seamă în timp de războiu. Cu statistica lor (Läwen şi elevii) au dovedit temeinicia afirmaţiilor şi au evidenţiat foloasele unei rezecţii economicoase — făcute la timp unde trebue — şi cum e necesar — spre a satisface consideraţiile de ordin anatomic şi patologic descrise mai sus.

Din statistica lor nu se constată nicio nevoie de amputaţie ulterioară şi niciun caz mortal.

Procedeul este descris pe larg de Läwen şi ne permitem a-l reda pe scurt: Incizii laterale lungi mai apropiate de spaţiul popliteu — secţiunea părţilor moi şi a capsulei spre a descoperi cavitatea internă articulară. Puroiul apare imediat sub tensiune, iar părţile moi paraarticulare sunt pline de infiltrat. Eliberăm de fiecare parte condilii femurali. Cu dalta şi ciocanul la 1 cm. de partea posterioară scoatem calota posterioară, cum arată fig. I şi II.

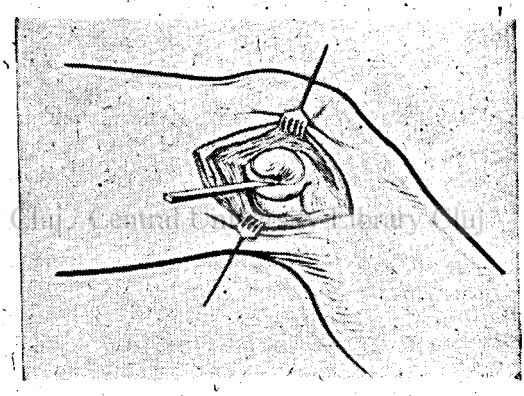


Fig 1

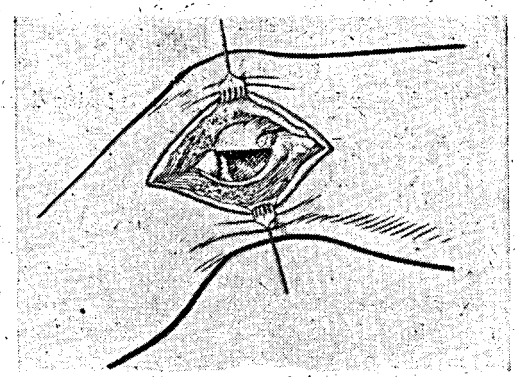


Fig. 2

Câteva părţi moi articulare se scot cu foarfeca. Ligamentele încrucişate nu trebuesc secţionate: sunt de folos, cu inserţia lor în fosa intercotiloidiană.

Numai aşa (în unele cazuri bune, cu o probabilă funcţiune păstrată) obţinem o ankiloză a articulaţiei. După care rezecăm — în cele mai multe cazuri, cele 2 meniscuri — pentru a asigura un drenaj mai larg şi a extrage eventuale schije, sau corpi străini incluşi.

Tot pentru a asigura un drenaj mai larg e uneori necesar a face încă 2 incizii laterale pentru recessus-ul suprapatelar. Căutăm, explorând cu degetul sau cu pensa, eventuale fuzări în lojile masselor musculare de deasupra şi dedesubtul articulaţiei. Le contraincizăm şi drenăm. La fel cu spaţiul popliteu. Cu 2 tuburi mai groase drenăm articulaţia lateral.

Rămâne problema fixării, sau a imobilizării pe care Läwen a rezolvat-o printr'o atelă specială de un tip aparte. La început punea întreg membrul inferior (bazin-picior) în gips ferestruit în întregime la genunchi şi cu punţi de trecere sau mai bine zis de fixare.

Atela construită de Läwen permite un control mai sigur al articulaţiei şi în acelaş timp instalarea unei Dakinizări sau spălături Rivanol 1%o. Permite în acelaş timp (mai bine ca un gips) să observăm eventuale fuzări de puroiu în sus sau în jos şi să le deschidem la timp, fără a strica aparatul. Totul cere atenţie şi supraveghere deosebită.

* * *

Personal am încercat metoda pe 2 cazuri cu efecte bune:

Observ. 1. — M. P., soldat, 23 ani, intră în spitalul Z. I. 254, pe ziua de 14 Sept. 1944, cu plagă prin schijă (retenţie) a articulaţiei genunchiului drept de partea externă, cu tratament conservativ timp de 8 zile. A 10-a zi dela rănire, articulaţia e tumefiată, roşie, dureroasă în punctele cunoscute. O radiografie arată prezenţa unei schije mici pe partea externă a condilului femural, mărirea spaţiului articular. La puncţie puroiu, cu streptococi. Se face artrotomie largă cu drenaj, spălături cu rivanol 1 la mie schimbate cu Dakin, şi gips cu fereastră. Sulfamide per os în doze mari la început (Eleudron).

Temperatura timp de 10 zile n'a scăzut sub 39°, pulsul a devenit mai frecvent, starea generală rea. Se scoate gipsul şi se constată un flegmon fuzat în sus pe coapsă, care se incizează. Controlăm articulaţia lărgind incizia spre spaţiul popliteu. Se constată un infiltrat murdar. Se procedează la rezecţia parţială tip Läwen şi se extrage şi schija. Aparat gipsat şi tratament ca mai sus.

Starea generală e bună la câteva zile dela operaţie, pulsul mai bine bătut, mai puţin frecvent, ameliorare netă. După trei săptămâni temperatura scade definitiv.

Durata drenajului a fost de 4 luni, ca şi a gipsului. Rezultat ankiloză în poziţie bună.

Observ. 2. — Cap. I. M. de 25 ani, vine în spitalul Z. I. 254, pe ziua de 16 Sept. 1944, cu plagă prin schije a genunchiului stâng cu distrugere parţială a rotulei şi a condilului femural stâng. Timp de 10 zile a fost tratat conservativ cu pansamente, sulfamide, repaus pe atelă Volkmann. La intrarea în spital radiografie de urgenţă. Se constată o fractură cominativă a rotulei şi a condilului stâng, cu lărgirea spaţiului articular. Fenomene de flegmon capsular cu toate semnele caracteristice, tmperatura 39,5—40°, stare generală rea.

Incizii laterale de descărcare. Dăltuirea condililor (calotă posterioară). Contraincizie în sus prin bursa seroasă suprapatelară, deschiderea unui flegmon fuzat în jos pe gambă de partea externă.

Drenaj larg cu tuburi de cauciuc şi gips cu fereastră mare dela bazin la vârful picioarelor. Este complect afebril numai după 2 luni de zile. In acest timp se fac spălături articulare cu Rivanol şi repetate cure de sulfamide, vaccinoterapie, transfuzii mici repetate.

Durata drenajului şi fixării a fost de 4 luni de zile. Rezultat final: Ankiloză în poziţie bună.

* * *

Imi dau perfect de bine seama că statistica mea nu e la înălţimea altora. Dar socot că aceste două cazuri sunt concludente pentru a arăta încodată eficienţa metodei. Ca metodă în sine nu comportă dificultăţi şi nici greutăţi în executare. Durata de execuţie e minimă şi poate fi utilizată în mai toate flegmoanele capsulare. Numai odată am observat (obs. II) turburări circulatorii grave — jugulate rapid cu transfuzii repetate. Starea generală se modifică în bine, dovadă că ridicarea calotei femurale permite un flux constant şi definitiv de puroiu în afară şi resorbţia de toxine e diminuată din ce în ce mai mult. Trece cam mult timp până la stingerea completă a fenomenelor şi nu trebue să ne aşteptăm ca febra să scadă imediat după operaţie. Nu există indicaţie de amputaţie atâta vreme cât starea generală e bună şi nu există fuzări de puroiu. Dacă temperatura se ridică şi starea generală devine mai puţin bună, atunci e sigur că trebue să revizuim articulaţia, drenajul şi eventuale flegmoane fuzate.

„Niciodată rezecţia tip Läwen n'a făcut posibilă amputaţia, ori septicemia". Este o afirmaţie, care trebue luată sub beneficiu de inventar!

Rezultatul definitiv e totdeauna bun, în sensul unei ankiloze în poziţie bună.

In concluzie, dacă obţinem aşa de bune rezultate cu o rezecţie minimă, este dela sine înţeles că foarte uşor se poate renunţa la o căscare articulară sau la o rezecţie întinsă. Mai ales că la o rezecţie tipică (preconizată de mulţi autori, refuzată de alţii) se obţine o scurtare apreciabilă a piciorului, uneori chiar genunchi balant. In rezecţie tip Läwen s'au obţinut uneori rezultate funcţionale bune (în mişcări) ceeace este exclus cu rezecţia totală.

Ca indicaţie de amputaţie după rezecţia condililor, rămâne numai tetanusul tardiv sau cazurile extrem de rare când survin şi alte complicaţii ce nu sunt în legătură directă cu focarul de supuraţie articular.

In rezumat se poate spune că rezultatele obţinute cu metoda ablaţiei calotelor posterioare femurale în flegmoanele capsulare dela genunchi au fost peste aşteptări şi deasupra altor metode.

Pe 12 cazuri n'a avut niciun caz mortal şi numai o singură dată o amputaţie pentru un tetanus supraadăugat. Membrul inferior este salvat şi este de sfătuit ca metoda să fie încercată şi verificată mai des.

Personal am realizat-o numai pe 2 cazuri cu rezultate foarte bune.

Evident că o comparaţie cu alte metode s'ar impune, dar din păcate nu avem statistici suficiente, iar din literatura medicală în genere, este cunoscut faptul că rezecţia totală dă mai mult rezultate rele decât bune şi uneori face imposibilă chiar amputaţia, ori salvarea unei vieţi.

Nu suntem nici de acord cu pesimismul articulat de Lecene, care afirma după primul război mondial că nu ştii cum s'o scoţi mai bine la capăt cu leziunile supurate articulare de război şi socotim că e mai prudent şi mai conform cu o anumită etică chirurgicală să procedăm în felul indicat de Läwen, decât să ne lăsăm depăşiţi de o tehnică mai doctă, sau să fim suprinşi de rezultatul final, schimbat prea adeseori în tragic.

Spitalul de Stat Sighişoara—Secţia de Maternitate
Medic Primar: D-r Traian Petrescu

ASUPRA TORSIUNILOR SPONTANE DE TROMPĂ SĂNĂTOASĂ ŞI CAZUISTICA TORSIUNILOR DE ANEXE

de

D-r I. DUCA şi **D-r GH. CIHODARU**

Torsiunea spontană a trompelor normale este o afecţiune relativ rară şi a preocupat cu mare interes literatura medicală din ultimii ani.

Torsiunea trompelor sănătoase s'a făcut cunoscută după primul studiu făcut de Auvray în 1912, publicat în „Arch. Mensuelle d'obstretique et gynécologie", comunicând cazul său personal şi alte trei înprumutate din literatură.

Dacă trecem în revistă scurtul istoric a contribuţiilor ce a condus la izolarea acestui sindrom acut — a torsiunilor spontane de anexe sănătoase — constatăm că statistica cazurilor a fost redusă la început şi că treptat i-au fost adăugate publicaţii sau comunicări de cazuri sporadice, care astăzi sunt în număr relativ mare şi au fost mult discutate în ceiace priveşte mecanismul de producere, formând discuţiile de cazuistică a torsiunilor de anexe normale.

In 1924 Dujarier prezintă la Societatea de Chirurgie din Paris un caz izolat; J. J. Wells publică un volvulus al trompei în „the Journal of the American medical Association, iar P. R. Michael publică un alt caz la Utrecht; în anul 1925 sunt publicate următoarele observaţii: a lui L. Michon la Lyon şi a lui R. Marshall Allan în Australia; în anul 1926 Auvray revine cu două cazuri a lui Rocher şi Janneney şi A. Caviglia publică un alt caz la Buenos-Aieres. In anul 1927 sunt comunicate: observaţii a lui Caraven, cinci observaţii a lui L. Michon şi succed comunicările lui Hamant, Lenormant, Mauclaire, Köhler (Viena), Topa şi Şoimaru (Bucureşti) Thoreck (Chicago), astfel că până în acest an sunt totalizate 22 cazuri torsiuni de trompe sănătoase cuprinse între vârsta de 14—47 ani.

Numărul cazurilor sporeşte astfel că L. Michon în 1930 constată că torsiunea trompelor nu e chiar o raritate.

Deşi în cursul ultimilor ani au fost publicate observaţii variate care au contribuit la cunoaşterea anatomiei patologice şi a cadrului clinic într'o mare măsură, totuşi există discuţii de interpretare asupra pragului de trecere dela torsiunea trompelor normale la cele cu leziuni preexistente.

Criteriul de integritate prealabilă a fost apreciat de prezenţa infiltraţiilor sanguine la nivelul organului torsionat (Regad), însă discuţiile au continuat şi s'a cerut pentru preciziune examenul histopatologic. Punctul asupra căruia s'a ajuns de comun acord este admis de existenţa a doua caracteristice permiabilitatea mai mult sau mai puţin complectă a ostiumului abdominal şi leziunile recente de infarct la nivelul pereţilor şi în interiorul trompei (Hussy).

Literatura germană însumează în statistica lui Heinz Tüscher şi Fukas din 1938, 16 cazuri sigure şi alte 23 în care nu s'a putut stabili exact dacă a fost la mijloc şi un proces inflamator. In anul 1939 Volz totalizează 56 cazuri sigure în întreaga literatură. In literatura noastră am găsit publicate până în 1944 12 cazuri considerate torsiuni de anexă normală.

Având ocazia să întâlnim trei cazuri de torsiuni tubare şi dat fiindcă au fost publicate în literatură observaţii variate, vom schiţa mai departe unele caracteristice care privesc cazuitica torsiunilor de anexe.

Redăm mai jos foile de observaţii a cazurilor noastre din care: una a fost o torsiune izolată spontană de trompă sănătoasă, a doua o torsiune fără să fi putut stabili dacă a fost vorba de leziuni preexistente de trompă bolnavă şi a treia o torsiune de salpingită chistică. Cum legea seriilor nu se demite aceste cazuri s'au prezentat la interval de scurtă durată unul după altul.

1. **Foaia de observaţie No. 3800/1943.** Bolnava M. M. în etate de 32 ani, căsătorită, de profesiune casnică, se internează în spital în ziua de 12 Sept. 1943, pentru dureri acute în fosa iliacă dreaptă. In antecedentele heredocolaterale nu găsim nimic deosebit. Antecedente personale: neagă boli infecto-contagioase şi venerice, a avut un avort. Menstruată la 16 ani, succesiune durată şi cantitate normală. A avut două naşteri normale. Ultima menstruaţie la 18 August.

Boala actuală în Februarie a. c., are dureri mari în fosa iliacă dreaptă, asemănătoare celor de acum, dar durează numai câteva ore. De atunci simte mereu o jenă şi înţepături în fosa iliacă dreaptă. Acum durerea a început în tren fără să facă vreo mişcare bruscă, cu un junghi puternic însoţit de ameţeli şi vărsături. Durerile au fost atât de puternice, încât bolnava nemai putând suporta, a trebuit să-şi întrerupă drumul şi să se interneze în spital.

Starea prezentă: Bolnava în stare de agitaţie, acuză dureri în fosa iliacă dreaptă. Din cauza durerilor stă încovoiată cu coapsele flectate. Afebrilă, puls frecvent. Examenul aparatelor nu relevă nimic deosebit; la palparea abdomenului se găseşte o sensibilitate în fosa iliacă dreaptă şi defensă musculară în hipogastru. Examen genital: se constată o scurgere de sânge negricios din vagin, colul este dur, închis; uterul puţin mărit de consistenţă normală. In fundul de sac vaginal drept se simte o înpăstare care nu se poate delimita

bine din cauza durerilor. Se face puncția Duglasului și se extrage lichid sanguinolent. După puncție, durerile cedează până în ziua următoare când revin cu aceiași intensitate. Examenul urinei negativ.

Se intervine pentru sarcina extra-uterină ruptă. Operația: Operator D-r Tr. Petrescu și asistent D-r Duca. In ziua de 13 Sept. se intervine prin laparatomie mediană subombilicală. La deschiderea abdomenului se găsește în cavitatea peritonială o cantitate de lichid sero-sanguinolent. In partea dreaptă se găsește trompa îngroșată, alungită în formă de corn de bou, de culoare violacee. In partea proximală (istmică) se constată o torsiune dublă în direcția antero-posterioară și de sus în jos. In jurul uterului leziuni foarte fine de perimetrită. Se face salpingectomie dreaptă păstrându-se ovarul. La secțiunea trompei se constată edeme și congestie a pereților în grosimea cărora se găsesc și sufuziuni hemoragice. In cavitate lichid sero-hematic; grosimea trompei era cât a unui deget mare de adult. Orificiul abdominal al trompei permiabil.

Bolnava părăsește după opt zile spitalul vindecată.

2. **Foaia de observație No. 3786/1943.** Femeia D. D. în vârstă de 28 ani, căsătorită, de profesiune casnică, se internează în spital la 14 Sept. 1943, pentru dureri abdominale acute. In antecedente nu se găsește nimic important. Neagă maladiile infecto-contagioase, menstruată la 14 ani succesiune și durată normală. A avut o naștere normală.

Boala actuală datează de 2 zile debutând acut cu dureri mari în abdomen și metroragie, deși menstruația a fost normală înainte numai cu două săptămâni. Durerile sunt localizate și pronunțate in fosa iliacă dreaptă cu iradieri în spre simfiză și turburări vezicale.

Starea prezentă: subfebrilitate (37,7°), puls frecvent, cefalee, grețuri. Examenul genital: Indărătul uterului se simte o tumoră chistică, iar uterul este împins sub simfiză. Nu se poate delimita de uter. In narcoză se poate mobiliza tumora retro-uterină care se constată a fi elastică și mare cât un cap de făt, putându-se mobiliza până la ombilic.

Se intervine pentru o tumoră anexială torsională. Operație: 16 Sept. Operator D-r Traian Petrescu, ajutor D-r I. Ducă. Laparatomie mediană sub ombilicală. La deschiderea abdomenului se constată trompa dreaptă mărită cât un cap de făt, partea externă mai voluminoasă de culoare violacee. Ovarul ușor congestionat. Se constată că trompa este torsionată dată la nivelul istmului din dărăt înainte și de jos în sus. Trompa și ovarul de partea opusă sunt sănătoase. Se extirpă trompa torsionată și se înfundă bontul. In lumenul trompei se găsește o formație chistică de mărimea unei mandarine ce se decolează de perete și are conținut sero-hematic. In pereții trompei sunt sufuziuni hemoragice.

După 10 zile bolnava părăsește spitalul vindecată.

3. **Foaia de observație No. 3502/1943.** Bolnava G. A. de 27 ani, căsătorită, profesiune casnică, se internează în spital la 22 August 1943, pentru dureri mari abdominale. Din antecedentele personale se constată că a suferit de febră tifoidă în copilărie și de o afecțiune oculară pentru care a stat internată trei luni în spital. Menstruată la 14 ani, succesiune, durată și cantitate normală până la prima naștere după care menstruația survine la intervale mici și în cantitate abundentă.

Boala actuală datează de două luni. A debutat cu dureri în fosa

BCU Cluj / Central University Library Cluj

iliacă stângă şi iradieri în coapsa stângă. Consultă un medic care îi spune că are inflamaţia ovarului stâng. De o zi a început să aibă dureri mari abdominale însoţite de greţuri.

Starea prezentă: temperatura 38°, puls accelerat, acuză dureri mari abdominale sub formă de colici. La examenul genital se simte o tumoră de mărimea unui pumn care se ridică în fosa iliacă stângă, tumora este de consistenţă elastică, renitentă şi dureroasă la presiune. Uterul uşor mărit şi mişcările pasive ce i se imprimă, dureroase.

Operaţia 22 August 1943. Operator D-r Traian Petrescu şi ajutor D-r I. Duca. Laparatomie mediană subombilicală. La deschiderea abdomenului se găseşte o tumoră de mărimea unui pumn care se constată a fi trompa stângă torsiunea dela dreapta la stânga. Tumora este de culoare roşie negricioasă. Se face anexectomie stângă şi apendicectomie. La secţiunea trompei se găseşte în cavitate lichid sero-hematic. In primele zile după operaţie, bolnava febricitează pentru ca după a cincea zi să devină afebrilă şi în ziua de 1 Sept. părăseşte spitalul.

In primul caz s'a prezentat o bolnavă care a fost în plină sănătate de un sindrom abdominal acut fără antecedente genitale. Diagnosticul preoparator nu s'a putut stabili. Intervenţia a fost dusă pentru o sarcină extra uterină ruptă. Torsiunea a fost la nivelul istmului trompei. Pe baza examenului macroscopic, a prezenţei de edem şi sufuziuni hemoragice în peretele trompei cât şi a permiabilităţii orificiului abdominal al trompei, o considerăm o torsiune spontană de trompă normală. Ovarul n'a prezentat niciun fel de leziune pentru care motiv a fost conservat. Anexele de partea opusă au fost indemne. Ceiace remarcăm e că bolnava a mai avut o criză anterioară asemănătoare cu afecţiunea de faţă ceiace face să apreciem noţiunea crizei anterioare ca valoare patognomonică pentru diagnostic.

In cazul al doilea, bolnava deşi s'a prezentat cu o metroragie abundentă, fără să aibă antecedente genitale, se internează pentru o tumoră chistică anexială. Evoluţia a durat numai două zile. Examenul macroscopic a prezentat o tumoră de mărimea unui cap de făt — trompa dreaptă — orificiul abdominal închis, ovarul fără leziuni deasemenea şi anexa din partea opusă sănătoasă. Nu putem afirma dacă a fost vorba de o trompă sănătoasă sau de un hematosalpinx preexistent torsiunei, întru cât prezenţa unei formaţii chistice în interiorul ei ne fac să bănuim că au existat leziuni anterioare deşi nu s'a constatat nicio leziune perimetritică.

In cazul al treilea este vorba despre o anexă care a prezentat leziuni probabile mai vechi şi care a suferit o torsiune acută.

Aceste trei cazuri au fost torsiuni de trompă izolată, sediul pediculului de torsiune fiind în porţiunea istmică a trompei. Două au fost în regiunea dreaptă şi numai una în stânga. Direcţia spirelor în torsiunea din stânga a respectat legea lui Küstner, iar în partea dreaptă o torsiune s'a făcut conform acestei legi, iar alta în sens opus. Tabloul clinic la primele două cazuri a fost dominat de sindromul acut de torsiune şi însoţit de metroragie.

Cercetând literatura observaţiilor publicate şi comunicate şi luând

în discuţie frecvenţa torsiunilor, cadrul anatomo-patologic şi elementul cazuistic vom deosebi torsiunile anexă în felul următor:

a) torsiunea anexei bolnave
b) torsiunea anexei sănătoase, cu subdiviziunile
1) torsiune izolată de trompă
2) torsiune complexă de trompă
c) torsiunea trompei gravide.
d) torsiunea trompei infantile în sac herniar.

Statistica lui Regad înregistrează 8% torsiuni de anexe sănătoase din totalul de 200 observaţii torsiuni anexiale. In etiologie vârsta nu prezintă importanţă. Astfel se citează vârsta de şase săptămâni, două şi trei luni (Hartinger); 6 luni (Elkind); cazuri sub doi ani (Damianos) 60 ani (Maes) şi 70 de ani (Walawelsky) acestea din urmă considerate ca vârste excepţionale. Deci sunt observate în orice stadiu a vieţei genitale.

Statistica lui Regad prezintă 20% tinere înainte de pubertate 80% în timpul activităţei genitale şi aceste din urmă repartizate astfel: 30% fecioare, 25% nulipare, 24% în cursul sarcinei şi 18% multipare, iar repartizarea pe vârste cuprinde: 5% sugare şi copile, 16% între 10 şi 13 ani, 44% între 13 şi 22 ani 25% între 22 şi 35 ani, 10% între 35 şi 49 ani.

După statistica lui Walawelsky frecvenţa vârstei este vârsta adultă între 20—40 ani.

Volz citează nuliparitatea în procent de 44—53%. Unii acuză în etiologie nuliparitatea şi infantilismul, iar alţii din contră acuză rolul parităţii ca punct de ralaxare a organelor în lehuzie şi deci ca factor predispozant al torsiunilor.

In proporţie de 2/3 se constată torsiunea la dreapta şi numai 1/3 la stânga (Regad). In această privinţă Picot şi Richard atribue un rol important stărei de inflamaţie a apendicelui ca un factor favorizant. Charbonnier şi Brandl sunt de părere că la stânga colonul sigmoid împedecă torsiunea prin raportul de vecinătate având rol de chingă.

In etiologie s'au încriminat toate cauzele care înglobează şi torsiunea tumorilor, ca apăsarea diferitelor organe sau formaţiuni tumorale, habitusul astenic, ptozele viscerale, acţiunea coproliţilor, congestiile menstruale şi pelviene, aderenţele patologice sau congénitale şi altele.

Asupra mecanismului de torsiune în ceiace priveşte anexele bolnave, autorii par să fi ajuns de acord că se produc prin cauze mecanice. Fie că e vorba de o tumoră ovariană sau de o tumoră chistică a trompei, există un echilibru puţin stabil în statica organului şi în virtutea gravităţii şi adaptărei care ar disloca acest echilibru, tumora este supusă condiţiunilor de torsiune, ea jucând rol de pedicul. Această deplasare atrage după sine turburările circulatorii în trompă, care accentuează apoi torsiunea şi produc modificările anatomo-patologice respective. Obişnuit, în aceste cazuri, porţiunea istmică a trompei reprezintă pediculul tumorei.

Ipotezele asupra torsiunei spontane a trompelor normale au fost

amplu discutate. S'au înprumutat o parte din teoriile atribuite torsiunilor de tumori ovariene sau anexiale şi s'au emis altele noi.

Cea mai veche şi mai răspândită este teoria lui Payr. Deşi ea a fost demonstrată de către autor în mod experimental pe cadavru, producând o ridicare în tensiunea venoasă a trompei şi obţinând torsiunea, aplicând aceste constatări posibile şi pentru organismul viu, totuşi teoria nu a putut rezista criticei. Obiecţiunile ridicate sunt că în vivo forţele hemo-dinamice sunt cu mult mai mici ca să torsioneze un organ musculos cum este trompa. Această critică a fost adusă de Sellheim.

Teoria fizicală a lui Sellheim susţinută şi de Köhler nu a putut nici ea da explicaţii suficiente torsiunilor spontane. Obiecţiunile ce i-se aduc acestei teorii sunt că torsiunea nu poate fi acceptată de cât în cazurile când masa se torsioniază prin greutatea sa (hidro sau hemato-salpinx) cu condiţia numai ca să învingă rezistenţa pe care pediculul îl opune la torsiune.

Teoria traumatică susţinută de Rüder, Heil, Hansen, Pincsohn, Neugebauer, Schweizer, se bazează pe multe observaţii care pun torsiunea în legătură cu traumatismul. Credem că are o bună parte de adevăr, dar nu explică majoritatea cazurilor de torsiuni care sunt semnalate absolut în afara oricărui traumatism. S'ar părea că traumatismul joacă rol în declanşarea unei stări reflexe locale şi o modificare bruscă în tensiunea intra-abdominală.

Teoria presiunei oblice a lui Potherat, cât şi teoria peristaltismului abdominal exagerat a lui Küstner nu poate fi aplicabilă torsiunilor spontane tubare, deoarece nu întrunesc condiţiile ca să exercite presiuni şi mişcări de răsucire asupra unui organ cum este trompa.

Teoria anatomică a lui Auvray care admite ipoteza existenţei congenitale ale trompei ca urmare a unei predispoziţii din viaţa fetală, care se găsesc în mod normal şi care sunt vestigii a semispirei pe care o descrie canalul lui Müller în jurul canalului lui Wolff, capătă punct de sprijin în presiunea forţelor hemo-dinamice a lui Payr în timpul puseurilor congestive ale organelor genitale. Auvray atribuie un rol deosebit congestiilor menstruale care destind flexiozităţile venoase. Observaţiile diverse arată că nu este legătură constantă între congestiile menstruale şi torsiune.

Teoriile anatomice, ca lungimea anormală a ligamentelor ovariene şi mezosalpinxului (Kraul), a lungimei anormale a trompei (Michael, Neugebauer, Bittmann, Hofmann), atârnarea liberă a porţiunei ampulare deasupra ovarului (Gumbrecht), nu pot da o explicaţie suficientă pretextând numai cauza anatomică singură — ci din contră ar fi elemente favorizante altor cauze de torsiune.

Teoria anatomică a lui Saitz, demonstrată şi experimental, pare să aibă mai multă valabilitate decât altele. Fiind mai recentă şi mai puţin cunoscută o expunem pe scurt mai jos: aceasta se bazează pe existenţa stratului muscular intern cu dispoziţie circulară care provine din canalul lui Müller (arhimetra) continuată cu stratul intern al musculaturei uterine şi a stratului longitudinal extern de origină mezenchimatoasă mai puţin desvoltat care se continuă cu stratul extern al

musculaturei uterine. Fibrele longitudinale care vin de pe fața anterioară și posterioară a uterului se continuă pe trompă descriind două spirale în sens opus ce se întretaie. Uneori aceste fascicole sunt inegal desvoltate și atunci când trompa este destinsă și fascicolul predominant va produce torsiunea într'o direcție sau alta. Torsiunea se produce numai atunci când există condiții proprii excito-mecanice de dilatare a lumenului tubar (hidro sau hemato-salpinx). Condițiile proprii trebuie să sufere un impuls din afară, o săritură, o cădere, o presiune, etc. Saitz face demonstrația pe 14 trompe sănătoase histerectomizate, dispuse astfel cu partea istmică atârnată și orificiul tubar închis printr'o ligatură, iar prin porțiunea ampulară liberă produce o insuflație. La 12 trompe s'a produs torsiunea, iar la două nu s'a produs. Autorul menționează că odată cu torsiunea se produc și turburări circulatorii. Deci prin modificările de distensie a lumenului tubar e posibilă continuarea torsiunei în câteva etape cu prezența și a celorlalte condițiuni: mobilitatea anexei, mezo-salpinx lung, lipsa de aderențe.

Ipoteza lui Saitz se dovedește explicabilă numai în trompele chistice însă autorul atrage atenția că nu se poate face o deosebire între un hidro-salpinx sau hemato-salpinx preexistent cu unul secundar torsiunei, și în acest caz deci nu se poate face distincția de infarct recent.

Teoriile fiziologice care atribue în patogenia torsiunilor spontane rolul aparatului nervos ca un factor determinant prin turburările peristaltismului tubar — deși au fost enunțate mai înainte de a se fi demonstrat existența mișcărilor proprii ale trompei, găsesc punct de sprijin în cercetările experimentale asupra farmacologiei musculaturei netede.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Morosi stabilește că în afara sarcinei, trompa posedă mișcări proprii prin contracția fibrelor longitudinale care sunt cu mult mai active decât cele circulare.

Daniel, Nițulescu, Cela și Georgescu prin metode de înscriere grafică reușesc să înregistreze peristaltismul în lungime și mersul undelor dela distal la proximal. Deci autorii dovedesc existența în vivo a mișcărilor vermiculare care încep la pavilion și se termină spre uter.

Teoriile fiziologice admit o excitație la nivelul aparatului nervos, care ar juca rol direct în geneza torsiunilor. Astfel este cunoscută teoria excitației simpaticului, a peristalticei exagerate tubare cu spasm localizat a lui Mickulitz și teoria mișcărilor proprii ale trompei susținută de Fuchs.

Teoriile enumerate până aici toate au încercat să dea o explicație torsiunilor spontane de anexe normale.

In ceiace privește torsiunea trompelor gravide și a trompelor infantile în sac herniar, comportă fiecare un alt mecanism.

Torsiunea trompelor gravide se situează ca frecvență după trompele normale. Cazurile din literatură sunt puține la număr. Primul caz a fost publicat de Martin la 1893, o sarcină ampulară de mărimea unui ou de găină torsionată. Din relatările publicate s'a observat că torsiunea are loc în preajma jumătate a sarcinei și numai două cazuri

au fost observate în a doua jumătate: Cazul lui Pozzi, sarcină tubară în a cincea lună şi cazul lui Schauta, sarcină tubară aproape de termen.

Torsiunea trompelor gravide conportă trei eventualităţi: a). ruptură cu torsiune, b). torsiune cu ruptură şi c). torsiune cu amputaţie. In prima categorie se situează cazurile lui Schambacher şi Popper la care s'a produs întâi ruptura trompei şi secundar torsiunea ei sub presiunea retogradă a jetului sangvin. In a doua categorie, primitiv are loc torsiunea şi secundar ruptura tubei. Factorul motor al torsiunei ar avea geneză în eforturile peristaltice de expulsie a oului la care se adaugă şi ceilalţi factori, precum mobilitatea trompei, greutatea ei, presiunea intra abdominală, mişcările de rotaţie ale trunchiului, traumatisme, etc. Observaţii de acest gen sunt citate de Mc. Cann, Bidone, Brickner, Henkel, Sauvage şi Valois, Plătăreanu şi Sabăila, Seimeanu, Săbăilă şi Cociu. In a treia categorie se produce primitiv torsiunea şi secundar amputaţia tubei fără ruptura sarcinei. Cazuri de acest fel relatează Lillauer, Freund, Boldt şi Welsch.

In ultimul grup de torsiuni am situat torsiunile trompei infantile în sac herniar. Cazurile sunt foarte rare şi prima dată au fost semnalate de Schnitzler în 1903 prezentând trei observaţii de hernii ovariene complicate de torsiuni de anexe.

Damianos reuneşte în 1905 un număr de 20 observaţii.

Auvray admite că torsiunea se face în momentul preformărei sacului herniar. Unii autori au acceptat teoria lui Payr care explică torsiunea prin staza venoasă datorită compresiunei pe care o exercită coletul sacului pe pediculul anexelor herniate. După Schnitzler, ovarul în parcurgerea canalului herniar pentru a-i învinge rezistenţa pereţilor face o mişcare de şurub răsucindu-se pe axul său şi atrăgând după sine turburările circulatorii. Odată torsiunea ovarului începută şi însoţită de accentuarea turburărilor circulatorii, poate să facă posibilă torsiunea după teoria lui Payr.

Lockwood socoteşte că poziţia ovarului din sacul herniar este alta decât în abdomen şi că torsiunea ia naştere prin modificarea raporturilor de poziţie.

Din cele expuse până aici am arătat teoriile asupra mecanismului de producere a torsiunilor pentru fiecare categorie.

Atât pentru trompele bolnave cât şi pentru trompele gravide şi trompele infantile în sac herniar, teoriile emise asupra modului de torsiune capătă o explicaţie mai justă dacă se iau în considerare rolul unor factori, care par să aibă un rol indiscutabil în producerea torsiunilor.

Cauza torsiunilor spontane a trompelor normale, trebuie cercetată în starea anatomo-fiziologică a trompei şi în aparatul nervos. Nu se poate admite o singură teorie ca să explice această patogenie. Fie că este vorba de o structură anatomică descrisă de Auvray, Saitz, o lungime anormală de trompă, un mesosalpinx prea lung, atârnarea liberă a porţiunei ampulare, trebuie să existe o cauză primordială în turburarea peristaltismului tubar, o excitabilitate a aparatului nervos simpatic care schimbă mersul şi direcţia peristalticei.

Digitized by Centrul Național de Informare și Documentare în Medicină

Turburarea peristaltismului tubar a fost pusă în legătură cu diferite stări patologice ca spasmofilie, intoxicaţie şi altele, (Regad). Alţii admit că activitatea fiziologică a ovarului ar avea un rol în determinarea torsiunilor (Vachtel). Cu toate că Delbet a contestat orice activitate a ovarului ca influenţă în producerea torsiunilor, totuşi se face legătura într'un mare număr de cazuri unde torsiunea a fost semnalată în apropierea sau în timpul perioadei de ovulaţie. Scheid bănueşte una din cauzele excitabilităţii nervoase că ar putea să provină în urma stărilor de congestie a ovarului sau chiar uşoare stări de infarct posibile şi la trompă şi care nu sunt socotite ca o consecinţă a leziunilor născute după torsiune — ci o stare de deranjament primitivă. Părerea lui Scheid nu a fost verificată şi nu putem să-i apreciem valabilitatea. Deasemeni nici Saitz nu face deosebirea unui infarct din trompele sănătoase cu acel găsit într'un hidro sau hematosalpinx preexistent torsiunei.

Iritabilitatea aparatului nervos poate fi favorizată şi de mici leziuni inflamatorii la nivelul mucoasei tubare, unii admiţând chiar şi leziunile stinse.

Traumatismele despre care s'a vorbit şi care au fost acuzate în declanşarea unei torsiuni prin stări reflexe de spasm, trebuie să întâlnească terenul anatomic a unei tube care oferă condiţiunile de mobilitate anormală, un mezosalpinx lung şi altele. Deci traumatismele ar putea fi asociate la cauzele de iritabilitate a aparatului nervos.

Remarcele asupra unor caracteristici observate în torsiunile tubare, au primit interpretări diferite.

Semnalarea mai frecventă a torsiunilor la dreapta puse în legătură cu prezenţa apendicelui care ar juca un rol în geneza torsiunilor pare să aibă oarecare însemnătate.

Sediul pediculului de torsiune e situat în porţiunea istmică a tubei şi rareori în porţiunea ampulară. Judecând regiunea de elecţie a pediculului, considerăm că e în strânsă legătură cu anatomia trompei, care are forma unui tub ce îşi lărgeşte gradat diametrul dela porţiunea istmică către pavilion. Porţiunea istmică este locul de terminare a spirelor cărora se opune masa fixă a corpului uterin. Acest fapt demonstrează că mişcarea de torsiune are punct de plecare din afară înnăuntru, ceiace concordă cu relatările experimentale a mişcărilor proprii ale trompei, (Daniel şi Niţescu) cu mersul undelor peristaltice dela distal la proximal, adică dela pavilion către istm. Saitz reproduce torsiuni experimentale de trompe normale isterectomizate, exercitând o insuflaţie dela nivelul pavilionului. Deci punctul de plecare al spirelor se face din afară înnăuntru, dela capătul distal la capătul proximal paralel cu mersul undelor peristaltice.

Prezenţa pediculului şi în porţiunea ampulară s'ar putea explica prin neregularitatea calibrărei, rolul bridelor, lungimea exagerată a mesosalpinxului şi altele.

Orientarea spirelor din torsiune ridică iarăş o întrebare: de ce capătă caracterul de regularitate. Orientarea spirelor este găsită în majoritatea cazurilor după direcţia acului de ceasornic sau după legea lui Küstner şi numai un procent mic excepteazâ aceste direcţii.

Digitized by Central University Library Cluj

Dacă torsiunea se face în direcţia acului de ceasornic, spira va fi dirijată spre dreapta, contrar acului de ceasornic spira este dirijată spre stânga. Psannenstiel stabileşte cum se poate recunoaşte torsiunea după direcţie şi anume după direcţia în care trebuie să învârtim tumora pentru a fi detorsionată. Dacă tumora va fi învârtită spre dreapta în sensul acului de ceasornic pentru a-i detorsiona pediculului, atunci e vorba de o torsiune dreaptă.

Deci trompa stângă se va torsiona în sensul acului de ceasornic, iar cea dreaptă în sens invers.

După legea lui Küstner tumorile stângi se torsionează într'o spiră dreaptă, iar cele drepte într'o spiră stângă. Pentru a nu exista controversă la legea lui Küstner se precizează că şuruburile obişnuite şi tirbuşoanele, reprezintă spirele drepte şi pentru a stabili torsiunea dacă e dreaptă sau stângă trebuie să considerăm pediculul din punctul fix.

Regularitatea orientărei e relativă, căci nu se poate vorbi că se produce în mod absolut după direcţiile arătate mai sus — întrucât s'au văzut multe abateri. Totuşi Sellheim pretinde să explice orientarea torsiunei că se face în aceiaş direcţie cu corpul — acolo unde torsiunile sunt puse pe seama unui accident sau traumatism. Saitz pretinde pe consideraţii de structură anatomică, dacă fascicolul muscular extern predomină o direcţie a trompei sau alta, orientarea spirei se va face în direcţia pe care o predomină fascicolul.

In patogenia torsiunei trompelor sănătoase, primul rol îl joacă excitabilitatea aparatului nervos simpatic şi în al doilea rând vine elementul anatomic cu ceilalţi factori favorizanţi şi predispozanţi. Rămâne pentru viitor ca să se demonstreze în mod clar rolul excitabilităţii nervoase în mecanismul de producere a torsiunilor spontane de anexe sănătoase.

Colecţia Centrului Universitar Iaşi

Torsiunea anexelor bolnave se sprijină mai mult pe teoriile mecanice, torsiunea trompelor gravide, prin mişcările de expulsie pe care le încearcă trompa de a elimina chistul ovular şi în fine torsiunea anexelor infantile în sac herniar se explică pe baza ipotezelor emise de Schnitzler şi Lokwood.

BIBLIOGRAFIE

Auvray: Archives mensuelles d'Obst. et de Gynéc., Juillet 1942. — Auvray: Zbltt. für Gyn., 1913, No. 20. — Barbier: Journal de Chir. t. XXXIII, p. 759. — Basset A.: Mémoires de l'Acad. de Chir. p. 1123. — Becker: Zbltt. für Gyn. No. 50, 1922. — Bidone: Ref. über. Geburtsh., 1904. — Blum L. Léo. et B. E. Sayre (Chicago): Archives of. Surgry, vol. 34, 1937, pag 1034, Ref. Journal de Chir. t. 51, p .142. — Boldt und Welsch Winkel's: Handbuch der Geburtsh. 2, II, p. 722, 1904. — Brickner: Ref. iber. Gynéc., 1906. — Caviglia: Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Buenos-Airees, t. V, No. 14, 1920, ref. Journal de Chir. p. 227, 1927. — Cotte G. M. (Lyon): Chirurg. pag. 558, 1930. — Cela şi Georgescu: Ginocologie şi Obstetrică No. 5—6, 1930. — Chipail şi Puiu: Rev. Medico-Chirurgicală, Iaşi, 1931, p. 529. — Chilese R.: Rev. med. Qvir. Patol. Femina 4, 344,

1936. — Charbonnier A.. Brandt H.: Rév. Med. Suisse rom. No. 14, 1935, ref. — Cottalarda J.: Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. p. 551, 1932. — Daniel, Nițescu, Șoimaru și Georgescu: Rév. franc Gynéc. No. 32, 1937. — Daniel C. Șoimaru și Bardiceff: Ginecologie și Obstetrică No. 9—10, 1935. — Damianos N.: Deutche Zeitschrift für Chir. 1905, Bd. LVIII. — Desjaques et Daucet Bon: Lyon Chirurg. p. 205, 1935. — Dumitriu A. și Roman: Spitalul, 1940. — Dujarier:: Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., Paris, p. 624, 1927. — Elkind Sowtskaia: Chirurgica No. 12, 1935, Ref. Journal de Chir., 1936. — Eunike W. K.: Zbltt. für Gyn., 1922, p. 37. — Fabre: Mémoires de l'Academie de Chir. p. 200, 1939. — Făgărășanu și Albu: Revista de Chir., Buc., 1937. — Freund: Zbltt. f. Gyn., 1932, p. 1406. — Fukas: Zbltt. Gyn., 1938, p. 2383. — Forgue E. Massabuau: Gyn., 1927, Paris, p. 617. — Hallier M.: Bull. et mém. de Soc. des Chir., Paris, 1929, p. 253. — Hamant Vichard: Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn., 1934, p. 159. — Hartigner: Deutches Zeitschrift f. Chir., 1932, p. 631. — Hein F.: Inaug. Diss. Marbourg A. L. 1935, Ref. Zbltt. f. Gyn., 1937, p. 115. — Heeinz-Tüscher: Zbltt. Gyn., 1943, No. 37. — Henkel: Zbltt. Gyn., 1910, p. 1657. — Hussy: Zbltt. f. Gyn., 1922, No. 48. — Hussy Obesrhein: Ges. f. Geburten. u. Gyn. No. 22, 1939, ref. Zbltt. für Gyn., 1939, p. 959. — Jáki (Deebrețin): Zbltt. f. Chir. No. 2, 1937. — Kaminster S.: Journal American of. Obst. et Gyn. No. 30, vol. 30, p. 516, ref. Jourrnal de Chir., t. 53, p. 301. — Köhler: Wiener Klinische Wochnschrift No. 44, pag. 1387, 1927, ref. Journal de Chir., t. 31, p. 720. — Kraul: Zbltt. f. Gyn. No. 44, 1922. — Küstneer: Zbltt. f. Gyn., 1891, p. 209. — Laurent P.: Bull. et mém. Soc. de Chir., Paris, 1929, p. 388. — Lenormant Ch.: Bull. et mém. Soc. de Chir., Paris, 1927, p. 624. — Lăzărescu: Revista de Chirurgie, Buc., 1931. — Lambescu: Revista Medico-Chirurgicală, Iași, 1929. — Lima D. F. D. Carbino (Buienos Aieres): Rev. Espan. Obstr. No. 20, p. 135, 1935, ref. Zbltt. f. Gyn., 1939. — Lokwood: Brit. méd. Journ., 1896, ref. — Marshall Allan R.: The medical Journal of. Australia, an. XII, t. II, No. 8, 1925, p. 227, ref. Joun. de Chir., 1927, p. 227. — Maes (Abveille): Picardie Méd., an. 14, No. 7, p. 239, 1936, ref. Journ. de Chir. t. II, p. 469. — Mayer A.: Hanbuch der Biologie und Pathologie des Weibes t. V, p. 887, Halban-Seitz. an. 1928. — Mauclaire: Bull. et Mém. de la Soc. Chir., Paris, 1927, p. 583. — Martin: Zbltt. Geburtsh. 26, 221, 1893. — Maritn: Rev. Méd. de la Suisse rom., 1903, 20 Dec. ref. — Meller M.: Inaug. diss Heidelberg, 1937, ref. Zbltt. f. Gyn. No. 14, 1938. — Michael P. R.: Ref. Journal de Chir., t. XXV, p. 300. — Michel G. Vermelin H.: Bull. de Soc. d'Obst. et Gyn., 1928, p. 157. — Michael B.: Zbltt. f. Gyn., 1922, No. 40. — Mostting E.: Archiv. für Gyn. Bd. CLIV, Haft. 3, ref. — Morosi: Rev. italiana Gin., 1937, p. I. Ref. — Nürenberger L.: Handbuch der Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. V. pl. 1, 195, Halban-Seitz, 1928. — Neugebauer Fr.: Zbltt. für Gyn. 1922, No. 49, p. 1961. — Ninni M.: Bull. et Mém. de Soc. Nat. Chir., p. 1062; idem p. 1197, 1935. — Nicholsonn: La semena medica, p. 192, pag. 1486, ref. Journal de Chir., 1928, p. 789. — Ogorek: Arch. für Gyn. 1914, p. 1300. — Payr: Zbltt. für Gyn. 1922, No. 59. — Popper H.: Zbltt. für Gyn. 1931, p. 1278. — Plățăreanu și Săbăilă: Revista de Chirurgie, 1936. — Popescu Severin: Revista de Chirurgie, Buc., 1943, p. 927. — Popesc Tătaru R.: Ginecologie și Obstetrică, 1939, No. 3—4,

Digitized by Central and Eastern European Library, Cluj

p. 128. — Popescu N., St. Puiu, N. Velciu H.: Ginecologie, Obstetrică No. 9—10, 1938, p. 361. — Pollosson Clavel: Soc. Nat. de Méd. et Sciences médicales, Paris, 1927. — Pozzi: Ref. Winkeles Handbuch der Geburtsh. 2, II, p. 832, 1904. — Regad J.: Thèse de Lyon, 1932. — Regad J.: Gyn. et Obst., t. XXVII, p. 519, 1933. — Riche V. et Guibal A.: Bull. de la Soc. d'Obstr. et Gyn. p. 778, 1933. — Ranter M.: Revista de Chirurgie, Buc., 1931, p. 510. — Rocher et Jeanneney: Ref. Journal de Chir. 1927, p. 489. — Ross J.: — Zbltt. für Gyn., 1932, p. 1224. — Rüder: Zbltt. f. Gyn., 1921, No. 1. — Saitz O.: Zbltt. für Gyn., 1931, No. 4, p. 222. — Sassi: Clin. Obstetr. H. S., ref. Zbltt. für Gyn., 1941, No. 41. — Sauvage et Valois: Presse Méd., 1913, No. 77. — Seimeanu T. A., Săbăilă I., Corâciu Gr.: Gineecologi şi Obst., Buc., 1939, p. 144. — Sénéchal: Revue franc. de Gynéc. et d'Obstetrique, 1933, p. 146. — Scheid: Zbltt. für Gyn., 1922, p. 488. — Schnitzler: Wiener Klin. Rundschau, 1903, No. 44, ref. Zbltt. für Gyn., 1922, p. 1926. — Sellheim: Zbltt. für Gyn., 1913, p. 218, idem 1922, p. 1231. — Sheldon: American Journ. of. Obstetr. and Gyn. No. 4, 1936, ref. Journal de Chir. 1936. — Schauta: Zbltt. für Gyn., 1906, p. 160. — Schambacher Z.: Geburtshh., 1903, p. 428. — Schweitzer: Zbltt. für Gyn., 1918, No. 2. — Schweitzer: Zbltt. für Gyn., 1918, No. 2. — Schwartz: Zbltt. für Gyn., 1922, p. 1959. — Thorek: Médical Journal and Record, t. C. XXV, 47, p. 470, ref. Journ. de Chir., 1927, p. 470. — Topa şi Şoimaru: Ginecologie şi Obstetrică, Iulie—August. 1927. — Tussau m. Lyon: Comptes Rendues Soc. Gynéc., Paris, 5 Oct. 1935. — Varela Chilese: Rev. medica Quir. de Pat. Femina No. 41, 1936, p. 344, ref. Journal de Chir, t. 49, p. 318. — Volz H.: Inaug Diss. Marbourg A. L. 1937, ref. Zbltt. für Gyn., 1936, No. 14. — Wachhtel M.: Zbltt. für Gyn., 1928, p. 1453. — Walawelski H.: Zbltt. für Gyn., 1930, p. 861. — Wolfe A. S., Kuperstein D.: American Journal of. Obst. and Gyn. No. 3, 1938, p. 509, ref. journ. de Cher., t. 53, 1939, p. 300. — Welles J. J.: The journal of the American med. Association LXXXIII, p. 30, 1924, ref. Journ. de Chir. t. XXIV, p. 630.

Spitalul Predingher-Ploeşti
Serviciul chirurgical

KIST OSOS ESENTIAL AL HUMERUSULUI DREPT, FRACTURĂ TARDIVĂ CONSECUTIVĂ

de

D-r OCTAVIAN T. ILIESCU

Observaţia clinică a pacientului nostru este următoarea: Copilul M. G., în etate de 10 ani, elev, Ploeşti, str. August Laurian No. 21, se prezintă la consultaţiile serviciului nostru în ziua de 10 Ianuarie 1946, pentru dureri în umărul drept, jenă funcţională şi deformare, puţin evidentă a regiunii respective.

Acest tablou clinic s'a instalat în urma unei mişcări mai violente pe care a făcut-o cu braţul, în timpul jocului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De remarcat că în antecedentele bolnavului, găsim cu 6 luni în urmă un traumatism puternic la nivelul regiunei respective, care s'a soldat cu dureri şi jenă în mişcările articulaţiei scapulo-humerale, ce au durut timp de aproximativ 15-20 zile. In acea perioadă, copilul nu a fost arătat la medic, fenomenele dispărând spontan, starea generală şi locală îmbunătăţindu-se vizibil. In tot acest interval de timp, de 5 luni, copilul a fost sănătos şi vioiu.

Examen local: la inspecţia umărului şi jumătăţii superioare a braţului drept, se constată o uşoară tumefiere, cu o deformare abia perceptibilă a humerusului în jumătatea sa superioară. Tegumentele au păstrat aspectul lor moral, sănătos, cu supleţea nealterată. Regiunea este sensibilă la presiune; durere vagă şi inconstantă provocată de mişcări în articulaţie. La palpaţie tegumentele sunt mobile pe os, simţindu-se profund o îngroşare regulată. Ganglionii axilari nu sunt prinşi, atrofia muschiulară lipseşte, starea generală bună.

In faţa acestui tablou clinic, bănuim o fractură şi facem imediat o radioscopie, starea materială a copilului, nepermiţându-ne o radiografie.

Examenul radioscopic ne indică o transparenţă multiloculară, kistică, la nivelul extremităţii proximale a humerusului drept, osul părând insuflat la acel nivel, cu metafiza mărită. Conturul kistului bine desemnat, cartilagiul de conjugaţie intact. In jurul ariei kistice alveolare, structura osului pare nealterată.

La nivelul jumătăţii kistului, se observă o linie transversală de fractură incompletă.

In concluzie, conchidem pentru kist osos solitar al diafizei humerale, extremitatea proximală dreaptă, fractură spontană, tardivă, consecutivă.

Se aplică un aparat gipsat toraco-brahial, în poziţie corectă, care se scoate după 20 zile, fractura fiind complect consolidată, jena funcţională şi durerea, dispărute. Mişcările sunt libere, aspectul mult ilocular de kist solitar persistând, aşa după cum se poate constata în radiografia alăturată. (Radiografia).

In prezent, bolnavul este sub directa noastră observaţie, în vederea intervenţiei chirurgicale.

* * *

Am găsit interesant de prezentat acest caz, pentru următoarele motive:

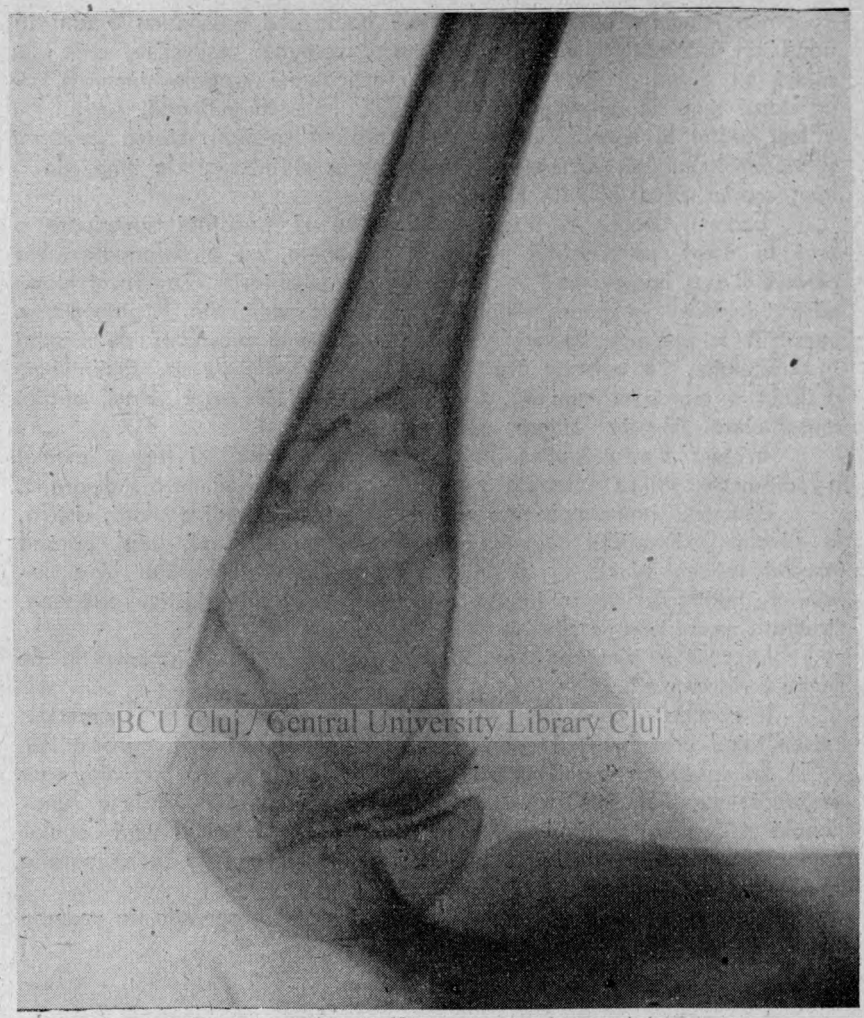
a) raritatea cazurilor localizate la humerus;

b) frumuseţea clinică, prin simptomatologia variată, debutul insidios, evoluţia lentă şi aproape constantă spre fractură patologică.

c) Acest caz deschide încă odată problema osteo-distrofiilor cu caracter fibro-kistic şi manifestări clinice multiple.

Denumirea afecţiunii de kist esenţial, aşa cum remarcă dl. Profesor D-r Cosăcescu este improprie; în adevăr, leziunea nu are caracterele unui kist propriu zis „nu este căptuşită cu endoteliu sau epiteliu" şi are o patogenie încă neclarificată. Este un pseudo kist (Al. D. Rădulescu „format pe socoteala osteitei fibroase". (Lécene).

Identificarea afecţiunii ca entitate anatomo-clinică, datează dela 1903-1904 şi este datorită lui Beck (New-York) şi Miculicz, primul


BCU Cluj / Central University Library Cluj

stabilindu-i sub forma unei triade caracterele radiologice, al doilea caracterele clinice.

Ulterior, autori diverşi, Lécene, Lenormant, Roederer, Forni, Mauchet, etc. au observat cazuri variate, complectându-i astfel cadrul.

La noi s'au semnalat şi comunicat cazuri din serviciile Profesor Băcescu, Marian, Iacobovici, Butoianu, etc. în număr total de 12, adunate în teza D-r. Cureleanu 1927. A mai publicat un caz D. D-rii Aurel Popescu-Severin şi N. Păunel în M. M. R. 1942, pag. 349 şi D-l D-r G. Grama 3 cazuri în M. M. R. 1944, pag. 455.

Cazuri frumoase, îndelung urmărite cu rezultate bune, au deasemeni dl. Prof. Dr. Cosăcescu şi dl. Dr. Al. D. Rădulescu.

Afecţiunea apare în special la copii şi odolescenţi în perioada de creştere, dar excepţional a fost semnalată şi la vârste mai mici ca

în cazul Prof. Bălăcescu şi Tovaru (3 luni), Piersanti (1 an) sau Lassrerre (2 ani şi 10 luni). Deasemeni Sterlin semnalează un caz chiar la naştere, iar dl. Dr. Al. D. Rădulescu, la un adult de 30 ani.

Este mai frequent la băeţi decât la fete.

Interesează în special metafiza oaselor lungi şi anume femutul, humerusul, tibia; în celelalte oase lungi apariţia kistului osos de care ne ocupăm este excepţională. Mathieu l-a semnalat o singură dată în sacru (Prof. Cosăcescu). Deasemeni excepţională, (10% Forni) este localizarea în diafiza osoasă (Prof. Cosăcescu), părăsindu-şi sediul lor de predilecţie cu vremea, numai prin creşterea osului.

Mecanismul de producere al kistului nu este complect elucidat.

Este interesant de remarcat că aproape în majoritatea cazurilor (2/3 Prof. Cosăcescu) găsim în antecedente un traumatism unic sau repetat. Ca urmare a traumatismului s'ar produce un hematom intra osos care dă naştere osteitei fibroase din jur, cu atrofie de compresiune (Benecke; Konjetzny; Pommer).

Prezenţa de lichid sero-hematic şi existenţa unei osteolize de ordin traumatic ar pleda în favoarea acestei teorii, aşa după cum remarcă dl. Dr. Al. D. Rădulescu.

Miculicz, Iécene şi Lemormant consideră această distrofie independentă de orice traumatism.

Nové Josserand, socoteşte că ar fi vorba de fenomene inflamatorii, teorie ce nu pare plauzibilă, fiindcă la această afecţiune kistică lipseşte reacţiunea periostală (Al. D. Rădulescu).

Digitized by Biblioteca Universitară Iaşi / Universitatea de Medicină şi Farmacie Iaşi

Virchow consideră formarea kistului ca urmarea degenerării unui condrom. Este teoria neoplazică susţinută deasemeni de către Geschickter şi Copeland.

Exagerarea secreţiei interne a glandelor para-tiroide constituie explicaţia cea mai plauzibilă, în sensul că excesul de hormon paratiroidian produce o creştere a calciului sanguin, pe de o parte şi focare de decalcifiere osoasă, pe de altă parte (Ombrédanne). Este teoria endocriniană.

S'au semnalat deasemeni unele avitaminoze şi în special avitaminoza C., care poate da unele modificări osoase; un factor local distrofiant sub forma unei turburări a metabolismului local, calciu-fosfor (Lexer Douval) spre deosebire de Prof. D. Negru, care susţine că acest metabilism este normal.

Anatomo-patologic, interiorul cavităţii se prezintă ca o geodă osoasă cu mici creste, având la periferie peretele osos redus la o corticală foarte fină. Cavitatea este plină deobicei cu lichid sero-citrin sau turbure, format din hematii alterate, elemente leucocitare şi fibrină.

Histologic, procesul capital îl constituie transformarea fibroasă a tramei osoase (Prof. Dr. Cosăcescu).

Simptomatologia este redusă, evoluţia benignă, culminând cu fractura tardivă consecutivă (85% Cureleanu).

Identificarea se face regulat prin aspectul radiografic care întruneşte după Beck următoarele caractere: imagine ovalară, bine limitată; transparenţă omogenă; sediul metafizar cu respectarea riguroasă a cartilajului de creştere.

Prognosticul este bun din punct de vedere al vieţii, rezervat însă din punct de vedere funcţional.

Tratamentul, exclusiv operator constă din trepanaţie, evidare şi răzuire. Aplicarea de grefe osteo-periostice, tip Delagenière (Mouchet, Rocker), este foarte recomandată; o indicaţie mai rară o constituie aplicarea grefonului segmentar, unic şi solid.

Plombele cavităţii ca şi grefa osoasă sunt rar întrebuinţate, cu efect nesigur.

Restabilirea osului necesită o perioadă de timp de câţiva ani.

Radioterapia nu are nici-o influenţă (D. Negru).

Diagnosticul diferenţial este foarte complex şi trebuesc „împletite la un loc simptomele obţinute prin toate mijloacele de investigaţie clinice, istologice, etc.". Printre afecţiunile cu care poate fi confundat cităm după D. Negru:

1) Kistul hidatic osos: deobicei multiplu cu localizare diafizară, cu decalcifierea osului vecin, etc.

2) Kiste în boala lui Paget: apar la vârsta înaintată, sunt multiple.

3) Kiste în urma unei fracturi prost tratate: antecedentele, calusul, etc. ne fac să evităm o greşeală de diagnostic.

4) Abcesul lui Brodie: apoziţii periostale osificate la nivelul său şi reacţiune osoasă condensantă împrejur.

5) Ostitis multiplex cystoidis sau boala osoasă a lui Boeck, descrisă de Jungling: e însoţită de lupus pernis, e multiplă, localizată deobicei la falange şi influenţată de tratamentul radioterapic. Radiografic apare cu pete clare, multiple, rotunde, localizate mai ales în epifize.

6) Tumori osoase benigne, ca fibromul osos, mixomul şi condromul: diagnosticul diferenţial se face în urma biopsiei, prin examenul anatomo-patologic.

7) Osteita fibro-kistică localizată, apare la adult şi este deobicei multiloculară. Această boală e confundată adesea intenţionat cu kistul osos.

8) Osteita fibro-kistică generalizată, este o boală de sistem, cu stare gravă, oasele deformate şi sindrom humoral de hiper-paratiroidie. Semnul radiologic caracteristic îl constituie faptul că oasele sunt uniform de calcificate, compacta fiind „disecată" în aşchii mici, prin pătrunderea măduvei fibrozate.

9) Mielomul şi tumorile maligne secundare apar la o vârstă înaintată, sunt multiple, radiografic sau neclar delimitate.

10) Formaţiunile kistice ale maxilarului ca: kist radicular, kist folicular, odontom kistic, etc. — însă până în prezent la maxilare nu s'a semnalat nici un caz de kist solitar —.

11) Sifilisul osos este caracterizat printr'o reacţie hiperostozantă şi se distinge prin semne clinice şi serologice.

12) Tuberculoza osoasă, forma cavernoasă, se distinge prin sediul epifizar şi evoluţia sa rapidă către articulaţii (Cosăcescu).

In concluzie, kistul solitar, esenţial, osos, este o leziune distrofică, benignă, a vârstei copilăriei, cu caractere clinice şi radiologice distincte, o entitate patologică, cu o valoare clinică incontestabilă.

OCTAVIAN T. ILIESCU: **Essential bone-cyst of-the rightupperarm; late consequent fracture.**

The following report is based on a patient, a pupil, aged 10 years. Incidentally to an examination of a spontaneous fracture of the proximal end of the rightupperarm, an essential, multilocular bons cyst was discovered. It is known, that 6 months previously a traumatic injury was inflicted on the upper arm..

This benign bone distrophy interesses the growth period, has a not yet clarifed mechanism og origin, a silent beginningand a slov evolution and is ofted developing till to a pathological fracture. The treatment is exclusively surgical, the prognosis is restricted frovn the functional point of view. The differential diagnosis is chiefly based on the roentgenologic signs involved in Beck's trias: ovular, well limited appearance; homogene transparency; the metaphysary site severe respecting the growing cartilage.

D-r OCTAVIAN T. ILIESCU: **Cyste osseux essentiel de l'humerus droit; fracture tardive consecutive.**

Il s'agit d'un élève âgé de 10 ans, chez lequel on découvre incidentellement, à l'occasion d'une fracture spontanée de l'extrémité proximale de l'humérus droit, un cyste osseux essentiel, multiloculaire. Il faut noter que l'on trouve dans les antécédents du malade, 6 mois auparavant, un traumatisme de l'humérus.

Cette dystrophie osseuse, benigne, intéresse la période de croissance, son mécanisme de production n'est pas encore élucidé, a un début silencieux et une évolution lente, qui va souvant vers une fracture pathologique. Le traitement est exclusivement chirurgical, le pronostic résérvé du point de vue functionnel. Le diagnostic différentiel se pose surtout à l'aide des caractères radiographiques compris dans la triade de Beck; image ovulaire, bien limitée; transparence homogène; le siége métaphysaire évite rigoureusement le cartilage de croissance.

© Biblioteca Universitară "Iaşi" Cluj

D-r OCTAVIAN T. ILIESCU: **Wesentliche knochenzyste des rechten oberarms; nachfolgende spätfraktur.**

Es handelt sich um einem 10 jährigen Schüler, bei dem zufällig, bei Gelegenheit einer spontanen Fraktur des proximalen Endes des rechten Oberarms, eine vielkammerige, wesentlich Knochenzyste entdeckt wurde.

Es muss vermerkt werden, dass der Kranke 6 Wochen vorher ein Trauma des Oberarms erlitten hat.

Diese gutartige Knochendystrophie interessiert die Wachstumsphase hat einen noch nicht klargelegten Entstehungsmechanismus, einen stillen Beginn und einen schleichenden Verlauf, und schreitelt oft bis zu einer pathologischen Fraktur fort. Die Behandlung ist ausschliesslich chirurgisch, die Prognose zurückhaltend von funktionellen Standpunkte, die Differentialdiagnose stützt sich hauptzächlich auf die roentgenologischen Merkmale, die in der Beckschen Trias enthalten sind: gut abgegrenztes, ovulares Bild, gleichartige, (homogene) Durchsichtihkeit; der metaphysäre Sitz mit strenger Schonung des Wachstumsknorpels.

Spitalul de Boli Contagioase „V. Babeş"-Braşov

COMPLICAŢII SUPURATE IN CURSUL FEBREI TIFOIDE

de

D-r ALEXANDRINA CORCIOVA-PASCU
Medic Primar Director

Febra tifoidă creiază o predispoziţie specială pentru supuraţii, fie că ele survin chiar în cursul bolii, (precoce sau în convalescenţă) fie că urmează relativ târziu unei febre tifoide, multă vreme după vindecarea clinică.

Aceste supuraţii sunt sau superficiale — foliculite, impetigo al lui Bogkart, furuncule, escare — sau profunde — miosite supurate, abcese ale ţesutului subcutan, mastite, osteo-periostite, abces cerebral, etc.

Din punct de vedere al germenilor cari provoacă aceste supuraţii în unele cazuri se găseşte bacilul Eberth aproape în cultură pură, în altele microbi ai supuraţiilor banale.

Cele mai multe publicaţiuni cuprind abcese apărute în diverse regiuni şi consecutive injecţiilor subcutane sau intramusculare, cari îşi fac apariţia în convalescenţă. Astfel Cosi şi Révillot publică 2 cazuri după injecţii subcutane, Schneider 2 cazuri de abcese intramusculare consecutive injecţiilor de strichnină, Achard şi Emil Weil abcese în urma injecţiilor cu albastru de metilen.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Literatura medicală privitoare la abcesele apărute spontan în cursul dothienenteriei este mai redusă. Noi am putut aduna 11 cazuri de tifici care au prezentat complicaţii supurate. Cazurile le-am avut parte în spitalul din Tg. Secuesc, parte în spitalul de Boli Contagioase din Braşov. La un lot de 11 bolnavi, numai 3 au prezentat abcese ce puteau fi atribuite injecţiilor şi la locul de elecţie al acestora. Restul de 8 au avut supuraţii cu sediul foarte divers şi neobişnuit ca: regiunea supra-rotuliană, antebraţ, fossa supraspinoasă, regiunea pectorală, regiunea palpebrală, parotidiană sau jugală, lucru care ne-a determinat la publicarea lor.

Observ. 1. — Bolnava Ichim Ana, 17 ani, intră în spital la 17 Dec. 1937, cu semne generale de infecţie gravă, febră 40,3, astenie, somnolenţă, epistaxis, diareie, după 3 zile de boală acasă. Antecedente personale: 5 sarcini la termen, ultima cu 4 ani în urmă complicată cu febră puerperală. Neagă alte maladii. Examen general: uşoară bronşită, puls net dicrot 80 pe minut, tensiunea arterială 9/7, stare saburală accentuată a limbei, inapetenţă totală, meteorim. Evoluţie: febra se menţine în platou cu mici remisiuni până în a 15-a zi de boală, apoi scade şi se ameliorează vădit starea generală. Febra se menţine sub 37 până a 24-a zi de boală, când urcă brusc la 39. Se constată o tumefacţie dureroasă a coapsei drepte şi fluctuenţă profundă. Abcesul se deschide după puncţie exploratrice şi totul reintră în ordine până în a 32-a zi de boală, când febra se reaprinde şi se constată un abces în regiunea deltoidiană dr. După incizia acestui al 2-lea abces, febra scade definitiv şi bolnava părăseşte spitalul cu rănile închise după 53 zile de internare.

Diagnostic: Febră tifoidă. Abcese intramusculare post-injectio. R. Widal: pozitiv pentru b. tific 1/200 în a 16-a zi, (Bul. Lab. Hyg. No. 492 din Dec. 1937). Frotiu direct din puroi: stafilococ, pneumococ şi tetrageni (Lab. Tg. Secuesc, D-r Benedek).

Observ. 2. — Bolnava Timar Tereza, 35 ani, intră în spitalul din Tg.-Secuesc ,în N-brie 1937, pentru febră ridicată, inapetenţă, surditate, ameţeli, constipaţie. Boala începuse cu aproximativ 5 zile înainte, debut aproape brusc, diareie urmată de constipaţie. Examen general: Bolnava foarte astenică, obnubilată, somnolentă, bronşită generalizată, tuse şi expectoraţie, stare saburală a limbei şi gurei, fuliginozităţi gingivo-labiale, uşor meteorim, coec dureros, constipaţie. Puls 90 pe minut, fără dicrotism, tensiunea arterială 10/7, splină percutabilă şi palpabilă. Evoluţie: platou febril cu remisiuni neregulate până în a 17 zi. Dela această zi evoluţia clinică este benignă, adică cu ameliorare progresivă a stării generale, dar cu puseuri febrile cari au precedat de fiecare dată apariţia abceselor din cursul primei şi celei de a 2-a internări. In ordine cronologică bolnava a prezentat: a) In a 21-a zi de boală, abces prin miosită supurată situat în 1/3 superioară a antebraţului drept; b) In a 25-a zi de boală, abcese la acelaşi antebraţ, însă în 1/3 inferioară; c) In a 43-a zi, starea generală se agravează în mod serios prin constituirea unui voluminos abces al fosei sub-spinoase stângi. După incizia acestui al 3-lea abces, ameliorarea se face brusc şi bolnava părăseşte serviciul la 30 zile după apariţia primei miosite, cu o simplă plagă consecutivă abcesului dorsal, urmând să fie pansată de medicul plasei; d) După 28 zile dela ieşire, bolnava revine în spital în stare gravă: Febră 39, emaciere, sudaţii profuze nocturne, abundente. Se constată la examenul general o tumefacţie fluctuentă în regiunea pectoro-axilară dreaptă. Flegmonul sub-pectoral se incizează după puncţie exploratrice. După 20 zile, bolnava părăseşte definitiv serviciul, complect vindecată, după 3 luni de spitalizare, în cursul cărora a prezentat 4 supuraţii spontane cu bacili tifici, din care niciunul la sediul de elecţie al injecţiilor sau în regiuni care ar fi suferit vre-un traumatism oarecare. Toate abcesele acestei bolnave au avut aceleaşi caractere şi anume: Toate au fost situate în regiuni indemne de orice traumatism local sau injecţie, toate au fost precedate de dureri locale ale masselor musculare, toate s'au constituit în abcese profunde fără să intereseze straturile superficiale şi tegumentele la toate puroiul extras steril înainte de incizie prin puncţie exploratrice a conţinut numai bacili tifici. (Analize făcute direct şi pe culturi. Lab. Local D-r Benedek). Sero-reacţia Widal a fost pozitivă 1/100 numai în a 22-a zi de boală. (Bul. Lab. Hygienă No. 392 din Nov. 1937). Este de menţionat că reacţia s'a menţinut la acelaşi titru în cursul primei şi celei de a 2-a internări. Diagn.: Febră tifoidă, forma septicemică prelungită.

Miosite supurate multiple.

Observ. 3. — Nagy Francisc, 31 ani, intră în spitalul din Tg.-Secuesc, la 4 Martie 1940, pentru dureri articulare ale încheieturilor mari şi mici. Boala începuse cu 3 zile înainte de internare prin senzaţie de slăbiciune, febră, curbatură, cefalalgie. In antecedente angină difterică în prima copilărie. Examen general: febră 38,7, articulaţia umărului şi cotului drept tumefiate şi dureroase, de asemenea articulaţiile ambelor mâini şi degetelor sunt dureroase fără a fi tumefiate. Starea generală relativ puţin atinsă, apetit scăzut, constipaţie, splină percutabilă, erupţie de pete lenticulare destul de abundentă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

pe abdomen şi flancuri. Evoluţie: puseuri mobile şi fugace de artrită, însoţite de febră ce nu depăşea 38,8, care s'au succedat până în a 28-a zi de boală, când se observă în regiunea supra-rotuliană stg. o tumefacţie pe care am luat-o la început drept o reacţie periarticulară. Dar bolnavul acuzând dureri strict localizate şi tumefacţia având un sediu net în afara articulaţiei şi f. superficial, am făcut o puncţie exploratrice care fiind pozitivă se practică o incizie a abcesului în urma căreia febra complect. După o convalescenţă prelungită, bolnavul părăseşte serviciul după aproape 2 luni de internare.

Diagnostic: Arthro-tifus. Abces tific al ţesutului subcutan. R. Widal: pozitiv 1/400 pentru tific. (Bul. Lab. Higienă No. 163 din Martie 1940). Frotiu direct din puroi şi cultură: se desvoltă numai bacil tific. (Lab. D-r Benedek).

Observ. 4. — Bolnava Elena Cotârlici, 54 ani, intră în spitalul din Tg.-Secuesc, la 14 Aprilie 1940, pentru stare febrilă, anemie, ameţeli, dispnee. Boala a început cu ameţeli, astemie şi paloare, cu 3 săptămâni înainte de internare. Antecedente personale: 7 sarcini, din care 2 înainte de termén (6—7 luni). In menopauză de 6 ani. Operată de hernie ombilicală şi apendicită cu 10 ani în urmă. Exàmen general: bronşită accentuată, tuse şi expectoraţie abundentă, puls mic 91—100 pe minut, febră 39, tensiunea arterială $9^1/_2$—6, suflu sistolic netransmisibil în regiunea mezocardiacă, primul zgomot şters, matitatea absolută uşor crescută. Ficatul depăşeşte cu 1 lat de deget falşele coaste, splina palpabilă. Dispnee de efort, paloare accentuată a tegumentelor şi mucoaselor. Limba saburală, faliginozităţi gingivale, angină eritamatoasă, edisfagie, coec dureros. Evoluţie: Febră atipică cu oscilaţii neregulate între 38—38,9, care se menţine încă 10 zile dela internare. In a 36-a zi de boală apar dureri la masticaţie şi tumefacţia limbei cu alterarea stărei generale şi febră peste 39, de tip intermitent. La examen amănunţit nu se constată nicio complicaţie care să explice febra de tip septic. Starea bolnavei se înrăutăţeşte prin persistenţa temperaturei ridicate, dar mai ales prin imposibilitatea de a se alimenta. In a 42-a zi de boală se simte în grosimea limbei un nodul dur, de mărimea unei alune mari. Prin puncţie se scoate un puroi verzui semi-fluid. Se face o incizie profundă în massa muschilor linguali, după care febra scade chiar a doua zi. In 10 zile limba nu mai este tumefiată sau dureroasă, incizia complect închisă, bolnava părăseşte spitalul complect vindecată, după 15 zile de internare.

Diagnostic: Febră tifoidă, forma gravă prelungită. Abces lingual. R. Widal pozitiv 1/100. Bul. Lab. Hig. No. 380 din 24 Aprilie. Din puroiul abcesului lingual s'au cultivat bacili Colli.

Formula leucocitară: Leucocite 3600 pe mmc. Hematii: 1.450.000". Poli. neutr. 40%. Limfocite 45". Eosinofile 1. Myelocite 4".

Observ. 5. — Bolnavul Nicolăuţ Gavrilă, 21 ani, adus în spitalul de contagioşi dela secţia de boli interne a spitalului Mârzescu, cu diagnoza de febră tifoidă, Widal pozitiv 1/200 pentru paratific B, după 11 zile de internare. Cu 2 zile înainte de a fi transportat la noi, a fost operat de parotidită supurată stg. Examen general: starea generală foarte proastă, paloare, emaciere accentuată, febră 39—40, puls slab, filiform, hipotensiune, meteorism accentuat şi diaree profuză. în urma tratamentului general şi local, bolnavul iese din torpoare, începe să se alimenteze şi oscilaţiile febrile scad déla 40 la 38, meteorismul şi diareia se reduc. După 7 zile, febra urcă din nou şi se

constată tumefacția dureroasă a parotidei dr. După câteva zile se simte o fluctuație profundă în corpul glandei. La punctie se scoate lichid purulent. Se face incizia, dar bolnavul sucombă după 2 zile.

Diagnostic: Febră tifoidă. Parotidită supurată bilaterală. R. Widal: Pozitiv 1/200. Para. B. Cultură din puroi: bacil colli, stafilococ. Bul. Lab. Hig. No. 500 din 5 Iulie 1943.

Observ. 6. — Farcaș Nicolae, 33 ani, intră în spital după 7 zile de boală, fiind internat până atunci la Spitalul Mârzescu. Examen general: stare generală relativ bună, deși febra este 39,4, vagi dureri abdominale, constipație, ușoară cefalee, splina percutabilă. In decurs de 7 zile febra scade sub 37, urmată de ameliorare rapidă. După 5 zile de stare afebrilă, temperatura urcă brusc la 39, bolnavul acuză dureri în regiunea mijlocie a antebrațului stg. în massa muschilor supinatori. După câteva zile, tumefierea cedează și se punctionează colecția profundă, apoi se incizează. Febra scade a 2-a zi și nu mai urcă timp de 18 zile, când bolnavul iese din spital.

Diagnostic: Febră tifoidă. Miosită tifică supurată a antebrațului. R. Widal: pozitiv 1/100 pentru tific. Bul. Lab. Hig. No. 856 din 20 Mai 1942. Cultura din puroi: Bacili de tip Eberth. Bul. No. 872 din 26 Mai 1942.

Observ. 7. — Walter R., 15 ani, intră în spital după 2 săptămâni de boală acasă, cu febră 38, stare generală bună, fossă iliacă dureroasă, splina percutabilă, ușoare ameteli și cefalee. La 3 zile după internare apare o parotidită stg. care a fost la început considerată ca un oreillon, având în vedere vârsta bolnavului și starea generală bună. Insă parotidita stg. rămâne solitară, deși bolnavul a mai fost ținut încă 21 zile internat pentru control. In acest timp fluxiunea totală a glandei scade și rămâne un nodul cam cât o nucă mică situat anterior conductului auditiv extern. Nodulul devine superficial și fluctuent și este incizat ca de obicei după punctie. Pe frotiu și culturi nu s'au găsit decât microbi banali. Este eliberat din spital după 23 de zile.

© Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Cluj-Napoca

Diagnostic: Febră tifoidă. Abces parotidian stg. R. Widal: pozitiv 1/250 pentru tific. Bul. Lab. Hig. No. 880 din 27 Mai 1942.

Observ. 8. — Moldovan Gh., 33 ani, intră în spital la 15 Dec. 1942, cu stare tifică gravă, după 7 zile de boală la domiciliu, stare generală proastă, hipertemie, obnubilație. Examen general: bronșită generalizată, meteorism, diareé, sub-icter, dureri abdominale difuze, puls mic 125 pe minut, hipotensiune. Evoluție: platou febril neregulat timp de 12 zile. A 20-a zi dela începutul bolii acuză dureri în regiunea jugală dr., cari sunt însoțite de tumefacție. Deși bolnavul nu prezintă carii dentare sau coroane, în regiunea respectivă a maxilarului superior, s'a considerat fluxiune dentară și s'a tratat ca atare, fără radiografie, fiind nedeplasabil. Această așa zisă fluxiune s'a rezolvat cu un abces subcutan, superficial, care a fost incizat. Frotiu și cultură pozitiv cu bacil Eberth. Bul. Lab. Hig. No. 895 din 31 Dec. 1942. Starea bolnavului se ameliorează progresiv până la 8 Ian., când face un abces febril moderat (38,6) urmat de un voluminos abces al pleoapei dr., care este deschis. Nu s'a repetat examenul bacteriologic al puroiului pe culturi.

Diagnostic: Febră tifoidă gravă. Abcese tifice ale regiunei jugale și palpebrale. R. Widal: pozitiv pentru tific 1/250. Bul. No. 68 din 11 Ian. 1943.

Internat în spital 37 zile.

Observ. 9. — Farcaş N., 32 ani, intră în spital la 15 Mai 1942, pentru cefalee, ameţeli, inapetenţă, febră moderată (38—38,6). S'a simţit rău cu câteva zile înainte de a veni la spital, dar nu a stat în pat. Examen general: febră 38,2, sibilanţe la baze, puls bine bătut 82 pe minut, tensiunea arterială 11/7, vagi dureri epigastrice şi în fossa iliacă dr., splina percutabilă, erupţie de pete lenticulare pe abdomen şi torace. Evoluţie: febra scade a 10-a zi, se menţine jos timp de 4 zile, apoi creşte tot brusc la 39. Paralel cu febra, dureri în regiunea braţului stg., care prezintă aspect inflamator. După 4 zile abcesul colectează. Pe frotiul din puroi nu s'a găsit decât stafilococi. Părăseşte spitalul după 11 zile dela deschiderea abcesului.

Diagnosticul: Febră tifoidă, forma abortivă. Abces post-injectio. R. Widal: pozitivă p. tific 1/100. Bul. Lab. Hig. No. 865 din 20 Mai 1942.

Observ. 10. — Bolnavul Ilaş Gh., 43 ani, intră în spital la 17 Mai 1942, pentru curbatură, hipertermie, oboseală extremă, epistaxis repetat, diree. Boala a început cu 7 zile înainte prin cefalee şi senzaţie de oboseală. Examen general: astenie, somnolenţă, surditate, nu poate da relaţii asupra antecedentelor. Bronşită generalizată, puls dicrot 96 pe minut, limba, buzele, dinţii acoperite cu fuliginozităţi negricioase, hiperemie a stâlpilor şi amigdalelor, greaţă fără vărsături, dureri spontane şi la palpare, în fossa iliacă dr., nu se observă erupţie. Evoluţie: platou febril în jurul lui 40, starea generală se menţine gravă. Hemocultura negativă (a 9-a zi). Către a 20-a zi apare un abces profund al coapsei, în massa quadricepsului. Starea se ameliorează puţin după incizie, însă după 4 zile se agravează din nou prin apariţia unui icter cu caracter grav şi a unei miozite care ocupă toată lungimea antebraţului stg. Se aplică prişniţe şi se aşteaptă colectarea abcesului. Bolnavul sucombă însă după câteva zile cu fenomene de icter grav.

Diagnostic: Febră tifoidă gravă. Icter. Miosită acută a antebraţului stg. Abces al coapsei dr. post-injectio. Hemocultura: negativă. Reacţia Widal: negativă. Nr. globule albe: 3200 pe mmc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Observ. 11. — Bolnava Padore A. (caz nespitalizat) ne cheamă la domiciliu pentru febră, ameţeli, laringită acută care dura de 10 zile, adică chiar dela începutul bolii şi care nu cedase la inhalaţii, gargarisme şi prişniţe. Cu 3 zile înainte de a fi văzută de noi, făcuse aproape simultan o inflamaţie a massei muşchilor supinatori dr. şi a regiunei dorsale a labei piciorului de aceiaşi parte. Ultimele 2 complicaţii fuseseră tratate cu sulfamide şi salicilat de sodiu, fără a se observa vreo ameliorare subiectivă sau obiectivă. Examen general: stare febrilă 38,4, bronşită generalizată, laringită cu dureri în regiunea supra-hyoidiană, limbă tipică, inapetenţă, coec dureros, constipaţie. Splina palpabilă. Inflamaţia din regiunea antebraţului are caractere de miosită acută, cea din regiunea dorsală a piciorului are mai mult aspect de celulită. Reacţia Widal făcută a 14-a zi este pozitivă pentru tific 1/200. Bul. Lab. D-r Radu No. 511 din 10 N-brie 1945. Se aplică tratamentul simptomatic obişnuit al febrei tifoide, în plus un tratament local analgetic şi antiflogistic. Miosita se resoarbe fără să colecteze, bolnava este complect vindecată după 31 zile de boală.

In rezumat, la aceste 11 cazuri, majoritatea supuraţiilor au fost cu bacili tifici, numai 3 cu microbi banali şi numai aceste 3 au putut fi puse în contul injecţiilor. De remarcat că toate cazurile cari au prezentat supuraţii spontane au fost forme de dothienenterie se-

rioase sau foarte grave, cu evoluţie între 20—80 zile. Niciun caz nu a prezentat celelalte complicaţii tipice acestei maladii, ca: hemoragii, perforaţie, miocardită, flebită. Menţionăm faptul fără a trage nicio concluzie. Din unele abcese s'a putut obţine bacil Eberth în cultură pură, din altele colibacil, stafilococ, pneumococ, tetragen, etc. Din punct de vedere al pathogeniei, în cazul de faţă interesează numai lotul cu bacil Eberth, cele cu microbi banale apărute după injecţii fiind uşor de explicat printr'o neglijenţă technică la care se adaugă o diminuare excesivă a resistenţei generale observată în formele prelungite ale tifoidei. Abcesele în cursul acestei maladii s'ar explica în modul următor:

a) Bacilul tific există pe tegumentele bolnavului şi în momentul injecţiei este introdus prin înţepătură în straturile profunde subcutane sau intramusculare. In sprijinul acestei teorii s'a dus faptul că tificii trataţi cu medoda Brandt nu fac supuraţii. Aceasta însă nu este o lege generală fiindcă şi bolnavii trataţi cu băi fac abcese, şi apoi nu se poate explica cum prin înţepătură se introduc electiv numai bacili Eberth şi nu şi ceilalţi microbi care există pe piele. b) A II-a explicaţie şi cea mai plauzibilă ar fi aceia care atribue formarea abcesului cu bacili tifici la nivelul unei injecţii, unui traumatism local care lucrează ca un apel pentru microbii vehiculaţi de sânge, exact ca un hematom prin ruptură musculară care ulterior supurează. In cazurile noastre totuşi niciun abces post-injectio nu a fost cu bacili Eberth. Afară de aceasta, o întreagă categorie de abcese nu pot beneficia de teoria traumatismului local. Astfel Vires şi H. Serre (apropos d'une fievre héctique) publică în Presse Médicale un caz de febră hectică prelungită care s'a rezolvat după 40 zile cu un abces profund al regiunei postero-interne a coapsei stg. Aubain şi Lemaître comunică un caz de abces voluminos al pleoapei dr., Paneschi, Ranson, Descombes, abcese profunde pelvine, mastite şi mai ales miosite supurate. Parte din cazurile noastre se înscriu deasemenea în această categorie: miosite ale antebraţului, a muschilor dorsali, a pectoralului, abces palpebral, jugal, al parotidei. — c) Toate aceste supuraţii nu pot fi explicate decât considerând febra tifoidă ca o septicemie care uneori se poate prelungi neobişnuit de mult depăşind al 2-lea septenar, iar în cazurile complicate cu abcese putând fi considerată ca o adevărată septico-pyohemie. Dacă în momentul puseului febril care precede întotdeauna apariţia unui abces sau miosite am fi putut face o hemocultură, concluziile ar fi fost cred mult mai interesante. Ne rezumăm deci să aducem la cunoştinţă o serie de complicaţii mai puţin cunoscute ale febrei tifoide şi care se întâlnesc relativ frequent.

Digitized by Romanian Academy Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

Archambault P. R.: La myosite tiphyque, (L'Union med. de Canada No. 9, pag. 622, Sept. 1931). — **Bazan F.:** Myositis tifica. (Arch. Lat. Amer. de Ped. Buenos Aires, No. XIV, pag. 451, 2 Sept. 1920). — **Baserga A.:** Tiphoid late abscesses. (Gazz. D'osp. No. 59, 5 Iunie 1938, pag. 594—596). — **Carlo Constanzi:** Dermatomiosite a focolai necrotico-supurativa e osteo-peri-

ostie di origina tifoza. (Il Policlinico No. 1, Ian. 2, 1934, pag. 351—356). — **Gill J. B.:** Tiphoid pneumo-pericarditis, Case in child. (Arch. de Ped. de Uruguay, No. J5, Mai 1934, pag. 199—205). — **Khalil M.:** Retrobulbar abscess and multiple tiphoid abscesses in body. (Bull. Oft. Soc. Egyp. No. 28, 1935, pag. (70—71). — Lamy: Les myosites suppurées à staphilocoques au cours de la fievre typhoide. (Thése de Lyon, 1936—37). — **Petridis P.:** Supurative complications due to Eberth's bacilles including case of supurative costal osteitis and ovarian cyst. (Mem. Acad. de Chir. No. 61, Dec. 28, 1935, pag. 1464—1470). — **Olmer P.:** Complications gangréneuses dans la fievre typhoide. — **Paneschi:** Tiphoid abscess in pelvis. (Riv. Med. pag. 126, Aug. 1926). — **Hagas Vidal-Teimlat:** Myosite typhique et paratyphique (Nouveau traité de médecine, 1924). — **Zenker:** Sur les altérations des muscles dans la fievre typhoide. (Arc. Gen. de Med., vol. II, pag. 134). — **Terada:** Myosite purulente acuta caused by bacillus typhique. (J. A. M. A., Chicago, 1937, p. 2101). — **Vires J. H.** Serre: Apropos d'une fievre héctique. (Presse Méd. 21 Nov. 1936).

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

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de

Agregat D. PAULIAN

(Partea II-a)

TESTUL PLANTAR

Greutatea corpului e transmisă pe sol prin intermediul extremităţii inferioare a gambei şi a piciorului.

Planta piciorului repauzează pe sol prin intermediul unei suprafeţe în parte concavă, care nu intră în contact cu solul decât prin unele puncte.

Se disting la bolta plantară, o boltă externă şi una internă.

Cea externă suportă singură, în timpul staţiunii în picioare, cea mai mare parte a greutăţii corpului, e bolta de sprijin.

Bolta internă intervine mai ales în timpul mersului, lucrând ca un resort elastic; este bolta de mişcare.

Bolta plantară repauzează pe sol într'un punct de sprijin posterior, reprezentat prin cele două tuberozităţi calcaneene şi un punct de sprijin anterior, format din toată lungimea celui de al 5-lea metatarsian şi din extremităţile anterioare ale metatarsienelor. Această

*) Conferinţă la Academia de Ştiinţe, secţiunea de „Biologie Aplicată" — ţinută în sala Negreanu — Duminecă 25 Noemvrie 1945, orele 11 a. m.
Partea I, în No 1-2 | 1946.

boltă, în stare normală posedă o mare elasticitate. Ea se turteşte uşor în timpul staţiunei în picioare şi a mersului, în timp ce piciorul se lungeşte şi se lărgeşte. Îndată ce piciorul nu se mai sprijină pe pământ, bolta îşi reia forma primitivă.

Când ligamentele au o laxitate normală, greutatea corpului determină o turtire normală a bolţii plantare, când însă ligamentele sunt relaxate, cum se observă în timpul unor afecţiuni endocrine, turtirea bolţii plantare poate fi exagerată şi se traduce, nu numai prin turtire şi proecţia înainte a celui de al doilea metatarsian, ci şi printr'o depărtare notabilă între primul şi al doilea deget.

Pentru a face **testul plantar a lui Ferrier**, se face examenul în serie a amprentelor piciorului, zilnic, în cursul unui ciclu întreg.

Technica e următoarea: se presară cu mâna talc gras pe toată suprafaţa plantară, distribuindu-l într'un strat subţire omogen. Femeea se sprijină cu tot corpul pe piciorul ce se examinează, pe o foaie de hârtie neagră, sprijinindu-se în acelaşi timp cu mâna pe dosul unui scaun sau masă, pentru a avea relaxarea muşchilor piciorului şi pentru a nu deplasa piciorul.

După ce s'a luat amprenta, piciorul se ridică brusc şi apoi se fixează amprenta cu un fixativ şi se înscrie pe foaie ziua ciclului. Se face acelaşi lucru cu celălalt picior, pe aceiaşi foaie.

Ferrier a cercetat să vadă dacă oboseala, supraîncărcarea cu o greutate sau temperatură sunt susceptibile de a provoca vreo variaţie şi a constatat că aceste elemente nu au nicio influenţă asupra amprentei.

Se face o grafică, atribuind piciorului normal cifra 0, piciorului boltit + 10, iar celui plat — 10.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceasta este **procedeul clinic.**

Procedeul planimetric se face cu un aparat special numit planimetru sau **integraf.**

Cu aceasta se măsoară suprafaţa plantei şi suprafaţa bolţii şi se face raportul: $= \frac{\text{suprafaţa plantară}}{\text{suprafaţa bolţii}}$ şi care se exprimă printr'o cifră care în mod normal este: 2,2—2,6.

E o metodă mai complicată ca cea clinică şi cum fiind controlate, diferenţele datelor sunt neînsemnate, se face de obicei primul procedeu, fiind mult mai simplu.

Procedeul electric constă în a măsura adâncimea bolţii plantare cu ajutorul unui aparat electric a lui Jacobs.

In stare de echilibru glandular, amprentele bolţii nu prezintă modificări însemnate în cursul unui ciclu. Trebue însă să socotim ca patologice variaţiile provocând în unele momente precise ale ciclului menstrual, apariţia de picioare plate sau boltite în mod exagerat.

De altfel, sub influenţa unei terapeutici apropiate, bolta poate să fie adusă la normal.

Trebue să ţinem seama şi de diformaţiile spontane care se întâlnesc destul de des şi anume: picior boltit, semi-boltit, plat şi semi-plat.

Argumentele care pledează pentru ipoteza originei endocrine a variaţiilor plantare, sunt următoarele:

1) Apariţia variaţiei plantare în cursul unui ciclu menstrual.

2) Herţog consideră laxitatea ligamentară ca un semn de acromegalie şi Leopold Lewy de mică insuficienţă hipofizară.

3) In 1935, Ferrier a demonstrat că activaţia diatermică a hipofizei este susceptibilă a produce redresarea bolţii plantare turtite.

El a mai observat că bolnavele care îşi suceau des picioarele, vedeau dispărând aceste turburări sub influenţa unui tratament endocrin, fapt ce l'a condus la cercetarea bolţii plantare în cursul ciclului menstrual.

4) In disarmonia hipofizo-ovariană, punctele de ridicare ale bolţii din prima şi a 15-a zi a ciclului, coincid cu perioadele activităţii hipofizare, cu punerea deci în circulaţie în organism a gonadostimulinelor, secretate de lobul anterior hipofizar.

Perioadele de turtire traduc activitatea ovariană, deci blocarea hipofizei şi diminuarea secreţiei hormonului ocitocic de către lobul posterior al hipofizei.

5) La amenorrhoeice nu există sau există foarte mici variaţii ale amprentelor bolţii plantare, însă în aceste cazuri ele pot apărea după injecţii de hormoni ovarieni sau după aplicaţia de curenţi diatermici pe unele regiuni endocrine.

6) S'a observat că sarcina provoacă la animale o turtire a plantei piciorului şi vânătorii cunosc urmele femeielor gravide, când urmăresc vânatul, după turtirea amprentelor picioarelor.

7) O terapeutică apropiată poate stabiliza sau aduce la normal picioare bolite sau turtite, fie printr'un tratament hormonal, fie diatermic-endocrin, care duce la echilibru, sistemul glandular.

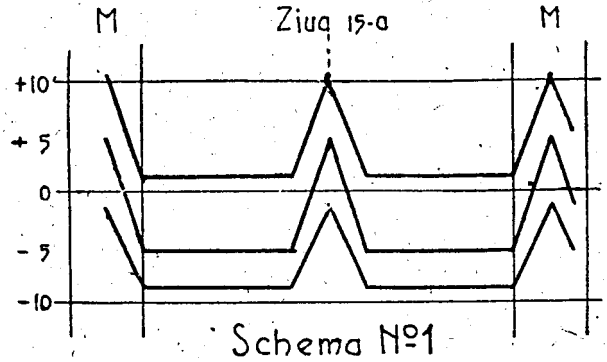
BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cazurile de hiperfoliculinism, bolta plantară prezintă următorul aspect: o ridicare a bolţii plantare la apariţia menstruaţiei, urmată de o turtire, apoi o ridicare a 15-a zi, urmată de o nouă turtire, până la ridicarea menstruaţiei următoare. Deci maximum de ridicarea bolţii plantare se produce la două epoci ale ciclului: în prima zi a menstruaţiei şi a 15-a zi a ciclului. Intre aceste două perioade, piciorul suferă o turtire mai mult sau mai puţin marcată.

Aceste variaţii ale bolţii plantare se cuprind în patru tipuri.

Tipul 1. — Reunind în aceiaşi schemă amprentele unui picior boltit, semi-boltit şi acelea ale unui picior plat, constatăm următoarele:

Prima grafică prezintă variaţiile unui picior boltit.



Schema No1

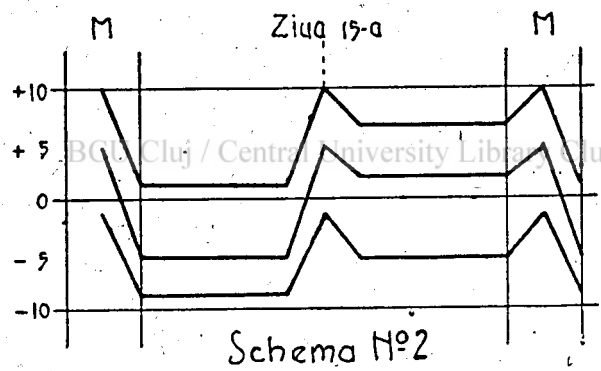
Ea arată că în prima zi a menstruaţiei, bolta e ridicată la maximum apoi se turteşte cu încetul, turtirea atingând maximum către terminarea menstruaţiei coeficientul 0, apoi urmează o pauză tradusă printr'o linie orizontală, indicând perzistenţa turtirii bolţii, o nouă ascensiune care atinge maximum a 15-a zi (coeficientul + 10), când planta e foarte boltită, apoi se turteşte din nou, o nouă linie orizontală şi o nouă ascensiune, atingând din nou coeficientul + 10 în prima zi a ciclului următor.

Punctelor ridicate ale bolţii corespund în clinică o senzaţie de bună stare, femeia nu oboseşte în mers, nu are dureri în picioare şi în acelaşi timp dispar o serie de simptome generale, care traduceau desechilibrul glandular. După cum vedem din grafică, perioadele de turtire sunt mai lungi, deci mai penibile pentru bolnavă.

A doua grafică reprezintă variaţiile unui picior semi-boltit, corespunzând coeficientului + 5. Traseul e acelaşi, mergând însă dela + 5 la — 5.

A treia grafică reprezintă variaţiile unui picior plat cu acelaşi traseu, mergând dela 0 la — 10.

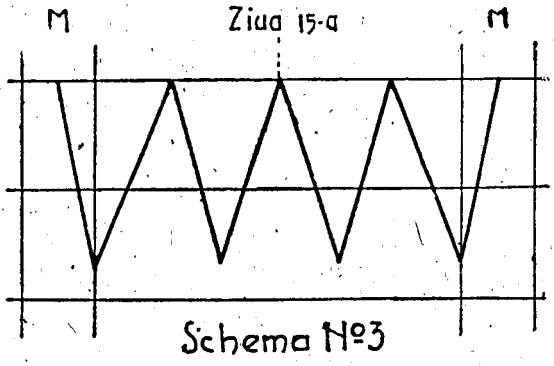
Tipul 2. — Ridicarea curbei în timpul menstruaţiei, apoi o turtire, ridicarea din nou în ziua 15-a, fără să urmeze vreo nouă turtire sau o turtire foarte mică până la noul ciclu.



Schema No 2

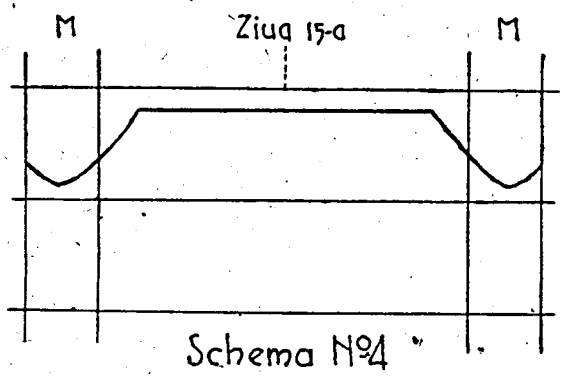
BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tipul 3. — Caracterizat prin existenţa de noi oscilaţii cari traduc o exagerare a variaţiunilor spontane la indivizii normali.



Schema No 3

Tipul 4. — Foarte rar, când în timpul menstruaţiei curba în loc să se ridice, prezintă o turtire.



Schema No. 1 demonstrează clar că ridicările bolţii plantare, coincid cu perioadele de activitate hipofizare, iar turtirile cu acelea ale activităţii ovariene.

Pe prima grafică, reprezentând variaţiile piciorului boltit, asistăm la hiperpituitarism, inhibiţia ovariană caută să compenseze acel desechilibru, aducând piciorul la normal.

Pe a doua grafică cu picior semi-boltit, activitatea hipofizară întâi exagerată este apoi contrabalansată de acţiunea ovariană.

In fine grafica 3-a, reprezintă curba unui picior plat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste variaţiuni ale bolţii plantare, observate în syndromul hypofizo-ovarian, sunt datorite, după cum am mai spus, laxităţii ligamentare produse de diminuarea secreţiei hormonului hipofizar posterior, hormonul ocitocic, prin blocarea hypofizei prin excesul de foliculină, care laxitate dealtfel se poate observa şi la degetele mâinii.

Redresările bolţii, după cum am văzut, corespund activităţii hipofizare iar turtirea, corespunde activităţii ovariene.

S'a observat turtirea bruscă în timpul crizelor de migrenă şi redresare la sfârşitul crizei. Ori se ştie că crizele de migrenă sunt urmate adesea de o eliminare anormală de hormoni ai lobului intermediar al hipofizei, care se poate constata prin testul melanoforelor de broască.

Se cunoaşte dela lucrările lui Smith, Allen şi Hossay, existenţa la nivelul lobului anterior şi mai ales în lobul intermediar, a unui principiu, având proprietatea de a provoca expansiunea celulelor pigmentare melanice ale pielei batracienilor. Injecţia cu extract de lob anterior sau intermediar în sacul limfatic al broaştei, colorează în negru pielea batracienilor.

Se pune astfel în evidenţă principiul melanoforo-dilatator al hipofizei. (După Drouet).

Ferrier a dozat la o femeie hormonii în sânge şi urină de trei ori pe săptămână, în cursul unui ciclu şi a găsit o turtire netă a bolţii plantare în zilele a 10-a şi a 17-a a ciclului, date, la care foliculina din sânge era crescută la peste 30 de unităţi.

Din punct de vedere terapeutic el a obţinut stabilirea bolţei plantare, după un tratament luteinic şi după tratamente cu diatermie-endocrină.

El a făcut deasemeni testul plantar la o amenorrhoeică de patru ani şi a demonstrat că în momentul reapariţiei menstruelor, în urma tratamentului, bolta a devenit normală. Toate acestea pledează pentru origina endocrină a variaţiilor bolţei plantare.

Adăugăm că variaţiile nu sunt aceleaşi la toate femeile şi la aceiaşi femeie în toate lunile, fiind în concordanţă cu variabilitatea datei puseelor oestrogene.

In cazuri de disarmonie hipofizo-ovariană, cercetarea testului ne dă indicaţii preţioase pentru datele când trebuesc administraţi anumiţi hormoni, cari combat hiper-foliculinismul sau hiper-pituitarismul, deasemeni datele când trebuesc făcute tratamentele diatermice glandulare.

Atât laxitatea ligamentară, cât şi variaţiile de înălţime ale fundului stomacului ţin de activitatea hipofizei posterioare, în particular, a hormonului ocitocic. Ferrier şi Arraud, au studiat la hiper-foliculinice, variaţiile fundului stomacului în raport cu linia biiliacă şi au găsit la maojritatea hiperfoliculinicelor la radioscopie, o ptoză stomacală, la unele chiar o diferenţă de 6 cm.

Cu aparatul lui Jacobs, Ferrier, a studiat variaţiile de înălţime ale fundului stomacului corelativ cu acela ale bolţei plantare, înainte şi după un tratament cu diatermie rece hipofizară cu rezultatele următoare:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) fundul stomacului şi bolta plantară, variază în acelaş sens în afara tratamentului;

2) tratamentul provoacă la nivelul fundului stomacului şi a bolţei plantare, o variaţie proporţională în acelaş sens.

Tot hipotonicitatea explică constipaţia rebelă a hiperfoliculinicelor, care se ameliorează frequent în timpul menstruaţiei, unele paciente având la acea epocă chiar diaree.

Tot un fenomen hipofizar sunt balonările abdominale ce apar în premenstru, uneori numai în regiunea gastrică, în genere însă, în tot abdomenul, balonări penibile, abdomenul atingând uneori dimensiuni enorme, făcând pe unele paciente, care au şi amenorrhoe, să se creadă gravide.

Aero-gastria sau aero-colia, pot fi realizate, fie de o stare atonică, fie de una spamodică, a traectului digestiv şi se poate constata la radioscopie.

S'ar putea ca aceste turburări de motilitate gastro-intestinală şi a veziculei biliare să fie responsabile de crizele de migrenă atât de frequente în hiper-foliculinism, mai ales când crizele apar imediat înaintea menstruaţiei sau la sfârşitul ei.

Se observă deasemeni, adesea, în cursul syndromului de disarmonie hipofizo-ovariană, o turburare a metabolismului apei; în genere oligurie uneori neobservată de bolnavă. Bolnava prezintă o stare de adipozitate cu caracterisiticile următoare:

1) Urmează regimuri de slăbire cu rezultat neînsemnate, şi:

2) Prezintă la palpare, tegumentele ferme, făcând corp cu ţesutul celular subjacent, neputând fi ridicate în cută ci în placard, uneori tegumentele sunt dureroase ca în celulită, însă fără moduli.

Repartiţia topografică a infiltraţiei tegumentare, aminteşte foarte des distribuţia topografică a ţesutului adipos în syndromul adiposo-genital: coapse, abdomen inferior, şolduri, lombe, uneori tot spatele şi rădăcina braţelor, respectând antebraţele, care rămân subţiri. Oliguria poate merge până la 300-500 gr. pe zi, maximum de retenţie a apei fiind în perioada premenstruală, când unele bolnave câştigă până la 2 kgr. în câteva zile, în greutate şi se amendează în momentul menstruaţiei împreună cu celelalte turburări, unele având atunci urina abundentă şi scăzând în greutate.

Cauza acestei retenţii în apă în organism nu pare a fi hormonul hipofizar hydro-regulator, căci acest hormon este anti-diuretic şi ar trebui să avem perioade de diureză în tot timpul cât hipofiza e înhibată şi oligurie când aceasta se eliberează. Ori, faptele se petrec invers şi ele par să fie determinate de alt factor decât cel hipofizar şi anume, poate că de foliculina în exces, care determină toate congestiile de care am vorbit mai sus şi care ar putea să producă şi o congestie renală în premenstru, sau după concepţia lui Maranon, poate să fie un factor suprarenal asociat prin intermediul hormonului supra-renalotrop, căruia i se datoresc şi starea de astenie, pilozitatea exagerată şi scăderea tensiunei arteriale ce se întâlnesc de regulă la hiperfoliculinice.

Din punct de vedere al concepţiunei, am găsit şi cazuri de concepţiune şi de sterilitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Concepţiunea se face, probabil, în perioadele de compensare a acestei endocrinopatii şi în urmă apar accidentele de hyperfoliculinism.

Turburările nervoase ce aduc majoritatea acestor bolnave la medici, sunt uneori, vago-simpatice şi în genere psihice. Sunt bolnave hipersensibile şi hiper-emotive, anxioase, mai puţine sunt excitate, hipertonice, majoritatea sunt hipotonice, se supără uşor, plâng fără motiv valabil, au tendinţa la melancolie, apatie, indiferenţă pentru tot ce le înconjoară, depresiune mare, idei de şinucidere.

Ca evoluţie, acest syndrom poate da în premenopauză, fie diminuarea menstruelor, ceeace e mai frequent, fie hemoragii intense, cari necesită uneori raclaje sau aplicaţia radioterapiei, provocând menopauză artificială.

Se poate şi ameliora spontan prin viaţa la aer liber, la munte.

Complicaţiile acestui syndrom ating în genere trei organe, asupra cărora se exercită în special congestiile foliculinice: uterul, glanda mamară şi tyroida. Complicaţia uterină este fibromul uterin, consecinţă a congestiilor repetate menstruale asupra acestui organ, marea majoritate a fibroamelor apărând la hiperfoliculinice.

S'au produs în mod experimental fibroame uterine la animal, după o foliculinizare intensă. Ferrier a obţinut diminuarea apreciabilă a fibroamelor prin tratament cu diatermie rece hipofizară şi mamară.

Explicaţia regresiunei fibroamelor, uneori de dimensiuni mari, până la utere de dimensiune aproape normale, în urma radio-tera-

piei regiunei utero-ovariene, se explică prin distrugerea foliculilor lui de Graaf, sursa de producţiune principală a foliculinei şi deci a congestiilor menstruale, pe lângă acţiunea razelor direct asupra miomului.

La glandele mamare s'au văzut nuclei de mamită desvoltându-se frequent în urma tratamentelor intempestive cu foliculină.

Leziunea tyroidiană este mai puţin cunoscută ca cea uterină şi mamară.

Se prezintă sub formă de formaţiuni intra-tyroidiene, noduli de tyroidă plastică, analogi cu cei de mamită, adenoame şi chiste, tyroidiene. Acestea se însoţesc, în genere, de o reacţie hipertyroidiană iar prin interogatoriul bolnavei, descoperim că accidentele tyroidiene au apărut în urma unei lungi perioade de hyperfoliculinism.

Coexistenţa, în unele cazuri, a nucleilor de mamită şi a unui fibrom uterin confirmă diagnosticul.

Aceasta ne face ca să ne îndoim de origina tyroidiană a unor maladii de Basedov şi putem afirma că am văzut hipertyroidii ameliorate sau vindecate în urma tratamentului întrebuinţat contra hyperfoliculinismului. Deaceea, în toate cazurile de hiper-tyroidism la femei, pe lângă un interogatoriu precis, trebue să facem examenul genital, şi al glandei mamare. S'ar putea număra între complicaţii, unele cazuri de picior plat, însoţit de halus-valgus, întâlnit destul de des în hyper-foliculinism, deasemeni, unele reumatisme datorite poate laxităţei ligamentare de origină pituitară şi care s'ar putea explica şi prin efectul micro-traumatismului descris de Mathieu-Pierre Weill.

Ca forme clinice există forme poli-endocriniene, forme cu predominanţă simptomatică, forme digestive, forme cu predominanţă psihică, forme asociate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intre formele poli-endocriniene cităm: formele asociate cu hipotyroidism, când bolnava cu disarmonie hipofizo-ovariană prezintă în acelaş timp semne de hipo-tyroidie. Caracteristic e că la aceasta găsim permanenţa şi accentuarea caracterelor sexuale secundare, existenţa puseurilor mamare premenstruale şi că tratamentul cu extraxt tyroidian nu dă niciun rezultat, iar adesea la radiografie se constată modificări ale şelei turcice, metabolismul bazal diminuat, reacţia lui Max Aaron pozitivă.

Max Aaron vede în această asoociaţie o supleanţă hipofizară la o stare anterioară de insuficienţă tyroidiană; se mai poate explica şi printr'o lipsă de receptivitate a tyroidei pentru tireo-stimulină. (Morricard).

Formele asociate cu hiper-tyroidism, sunt mai accentuate decât cele prin repercusiune tyroidiană a syndromului hypofizo-ovarian, metabolismul bazal constant ridicat, slăbirea accentuată, puls accelerat, diaree, tremurături, etc. etc., cu sau fără hypertrofia corpului tyroid.

Reamintim că în simptomul hypofizo-ovarian găsim în genere triada: uter, mamelă, tyroidă.

In formele asociate cu insuficienţă supra-renală găsim oboseala accentuată dimineaţa, ameliorată seara, oboseala la efort mic, tensiune joasă, hirsutismul întâlnit la unele bolnave, ne indică că se poate asocia şi cu hyper-suprarenalism.

In formele simptomatice găsim: astm, urticarie, coriză spadmodică periodică sau aperiodică, forme cu hipolaxitate ligamentară, care pot duce la luxaţii, picior plat, forme febrile, cu temperatura mai ridicată dimineaţa decât seara, insomnie.

In formele digestive, credem că la origina unor turburări veziculare şi gastro-intestinale e foarte probabilă participarea simptomului de disarmonie hypofizo-ovariană.

Diagnosticul simptomului hypofizo-ovarian, se bazează pe constatarea turburărilor menstruale, a semnelor de hiper-activitate ovariană şi a celor de participare hypofizară.

In ceeace priveşte turburările menstruale, nu trebue să considerăm ca o hipofoliculinemie insuficienţa menstruaţiei şi amenorrhoea hiperfoliculinicelor, cum se face foarte adesea în practică, tratând bolnavele în mod intempestiv cu foliculină, care poate duce la amenorrhoe prelungită prin blocarea complectă a unei hipofize insuficiente.

Să evităm deasemeni de a raporta la origina tyroidiană sau supra renală, ceeace nu este decât o participare a acestor glande la syndromul de disarmonie hypofizo-ovariană.

Diagnosticul clinic este însă insuficient, facem uneori şi metabolismul bazal repetat, cercetarea amprentelor plantare şi mai ales spectro-reducto-metria, cu aparatul lui Dausset-Ferrier. Dosagiile hormonale nu sunt concludente decât dacă ar fi făcute, după cum a susţinut Séguy, zilnic sau de trei ori pe săptămână în sânge şi în urină, în cursul unui ciclu întreg, ceeace este imposibil de realizat.

Cunoscând corelaţia inter-glandulară cât şi diversitatea turburărilor glandulare în syndromul de disarmonie hypofizo-ovariană, pentru a ne da seama care este glanda, sau care sunt glandele care trebuesc tratate, facem în mod regulat endocrino-diagrama, care ne dă informaţii preţioase asupra stării de echilibru sau desechilibru endocrin prin studiul timpului de reducere al oxihemoglobinei.

Această metodă consistă în a măsura în vivo timpul de reducere a oxihemoglobinei după oprirea circulaţiei sanguine într'un vas din primul spaţiu interdigital.

Dausset şi Ferrier au observat că excitaţia diatermică a diferitelor glande endocrine modifică acest timp de reducere în caz de desechilibru endocrin şi din contră, trecând curentul printr'o glandă normală timpul de reducere nu se modifică.

Endocrino-diagrama o facem cu reductometrul lui Dausset şi Ferrier. Pentru a face endocrino-diagrama, punem bolnavul în stare de repaos un sfert de oră, apoi măsurăm la reducto-metrul lui Dausset şi Ferrier, timpul de reducere a oxi-hemoglobinei, adică momentul dispariţiei celor două bande cafenii de oxi-hemoglobină din spectrul sângelui şi înlocuirea lor printr'o bandă lată unică a hemoglobinei. Notăm această cifră.

In stările de desechilibru glandular, această linie e frântă. E complect deasupra orizontalei în stările cu arderi accelerate în organism (hipertyroidism), şi complect sub linia normală în stările cu arderi lente (hyportiroidism), depresiuni.

Endocrino-diagrama se face între a 10-a—14-a zi a ciclului,

CC-0. Jain Central University Library Trust

în perioada foliculinică şi când aceasta e cu neputinţă, între a 20-a şi a 24-a zi, în perioada luteinică.

La femeile cu ciclul scurtat, se face în a 10-a zi. Testul lui Ferrier este, după cum vedem, mai mult un test de indicaţie terapeutică, decât un mijloc de diagnostic. El ne indică că trebue să tratăm acea glandă sau acele glande cari, în urma trecerii prin ele a curentului diatermic, redresează curba de endocrino-diagramă, aducând-o la normal. Diferenţele mai puţin de 20" nu se iau în considerare. (De exemplu: endocrino-diagrama şi interpretarea ei).

TRATAMENTUL.

Tratamentul comportă o acţiune principală de reducere a syndromului, fie prin inhibiţia hipofizei, fie prin inhibiţia ovarului; o acţiune accesorie de supleanţă hipofizară sau ovariană, şi o acţiune complementară de regulaţie, fie înhibiţie fie supleanţă a participărilor endocrino-asociate.

Acţiune principală. In cele trei modalităţi ale syndromului ne comportăm în modul următor.

a) Când activitatea hipofizară este normalizată prin activitatea ovariană, nu facem tratament anti-foliculinic, deoarece, în cazul acesta activitatea hipofizară e mărită numai în perioada menstruaţiei şi a zilei a 15-a. In acest caz respectăm hiper-foliculinismul, care aci joacă un rol regulator şi combatem hipofiza numai la datele activităţii sale excesive.

b) Când, din contră, activitatea hipofizară e înhibată, în tot timpul ciclului, afară de perioadele menstruaţiei şi a zilei a 15-a, facem un tratament anti-foliculinic, respectând hipofiza.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

c) In cazurile de faze ritmate de activitate excesivă şi de inhibiţie hipofizară, e normal să inhibăm hipofiza în perioadele ei optime şi să adăugăm şi o terapeutică anti-foliculinică.

Acţiune accesorie.

a) In prima modalitate, când hiper-foliculinismul se însoţeşte de hiper-luteism, aceasta din urmă poate antrena, în a doua jumătate a ciclului, un hipo-foliculinism, prin eliminarea exagerată de foliculină, trebue atunci făcut un tratament de supleanţă, adică administrată foliculina în a doua jumătate a ciclului.

b) In a doua modalitate, hiperfoliculinismul poate antrena un hipo sau aluteinism. In unele cazuri, combaterea hiperfoliculinismului e suficientă pentru îndreptarea acestei stări; când este insuficientă trebue supleată şi insuficienţa funcţională a corpului galben. Uneori, degajarea hipofizei prin combaterea hiperfoliculinismului e insuficientă şi trebue obţinută şi prin alte mijloace.

Prin acţiune complementară de regulaţie, înţelegem ca în participările endocrine asociate cu syndromul de disarmonie hipofizo-ovariană (tyroida, paratyroida, suprarenala) să stabilim o regulaţie a acestor glande, inhibând sau stimulând acţiunea lor, după nevoie. Ca procedeu de inhibiţie a hipofizei, utilizăm fie foliculina, fie testosteronul. Preferăm, ca şi Ferrier, pe acesta din urmă, graţie faptului că nu e congestionat, ca foliculina.

Inhibând hipofiza în perioadele optime ale activităţii sale, realizăm în acelaş timp o terapeutică anti-ovariană secundară.

Ca procedeu al combaterii hiperfoliculinismului, întrebuinţăm corpul galben, care lucrează mărind eliminarea foliculinei, fără a atăca producţiunea acestui hormon.

Combatem hiper-luteismul utilizând acţiunea antagonistă a foliculinei. Aceasta desigur în cazurile în care hiper-foliculinismul din prima jumătate a ciclului e urmat de hiper-luteinism, deci hipofoliculinism în a doua jumătate.

Astfel se explică dece în unele hiperfoliculinemii făcând tratament cu foliculină în cele 15 zile dinaintea apariţiei menstruaţiei, rezultatele au fost bune. Cazurile acestea sunt mai rare. In genere, hiperfoliculinicele suportă foarte rău foliculina, mai ales într'un tratament prelungit şi trebue să evităm a o administra.

Testosteronul nu pare a avea o acţiune eliminatorie asupra foliculinei, ca corpul galben, ci o acţiune secundară prin intermediul hipofizei.

Trebue să accentuăm asupra faptului că pentru a avea bune rezultate în tratamentul acestui syndrom, nu e suficient a administra hormonii de care am vorbit mai sus, ci mai ales de a-i utiliza în momente optime, căci o terapeutică bine aleasă, însă aplicată nu la datele convenabile, poate chiar agrava acest syndrom.

Agenţii fizici întrebuinţaţi în endocrino-terapie sunt: diatermia, undele ultra scurte, razele ultra-violete şi radio-terapie.

Ferrier preferă D'Arsonvalizarea cu unde lungi, diatermie, deoarece aceste unde au difuzabilitate mai mică. Noi întrebuinţăm, în genere, undele ultra-scurte, pentru tratamentul ovarelor şi hipofizei, deoarece aceste unde au o putere de penetraţie mai mare şi trebue să treacă prin craniu şi peretele abdominal, iar diatermia în tratamentul glandei tyroide şi a glandelor mamare.

D'Arsonvalizarea diferă de opo-terapie, prin faptul că curentul pare a exercita asupra funcţiunei glandulare o influenţă regulatoare şi de durată. Această influenţă permite a trata, printr'un procedeu identic, simptome endocrine, clinicește opuse. Se poate utiliza în mod mai eficace ca opoterapia, speculând sinergiile şi antagonismele glandulare.

Radioterapia a fost preconizată de unii pentru tratamentele endocrine. Noi nu o întrebuinţăm, având în vedere greutatea de a da doze mici excitante.

Guy Laroche, Huet, şi Simonnet o întrebuinţează şi au semnalat scăderi importante a dozei de foliculină la unele bo'nave în menopauză după iradiaţii hipofizare.

Razele ultra-violete le întrebuinţăm în cazuri de disfuncţiuni glandulare multiple, cu stări de anemie şi astenie, iradiând toate glandele deodată, cu lampa la distaţă mare, 80 cm., şi dând doze foarte mici, mergând dela 1—5 minute pe faţă şi pe spate.

Abramy şi D'Alsace, au obţinut rezultate cu auto-hemoterapia. Ferrier a întrebuinţat auto-seroterapia dirijată, luând sânge în perioadele de activitate hipofizară sau foliculinică şi injectându-l în momentul activităţii contrare.

Se recomandă în acelaş timp şederea la mare, când syndromul hipofizo-ovarian se însoţeşte de hipo-tyroidie şi la munte pentru hipertyroidie. Un fapt important este starea intestinală, care trebue supraveghiată; când aceasta nu se ameliorează prin tratamentul glandular, trebue tratată în special constipaţia, care constitue un factor de agravare a syndromului hiper-foliculinemiei.

Obezitatea deasemeni trebue tratată cu regim şi gimnastică.

Tratamentele au fost făcute în colaborare cu D-na D-r I. Ghimus şi D-na D-r Eugenia Copcea-Fotino, în serviciul I neurologic din spitalul central de boli mintale şi nervoase.

In examenele făcute de noi, pe 300 cazuri femei examinate, am găsit:

120 prezentând un sindrom hipofizo-ovarian cu hiper-foliculinism. Prin endocrino-diagrama am găsit indicaţii tiroidiene 17; hipofizare 41; ovariene 26; glanda mamară 12; tiroidă-hipofiză 10; tiroidă-ovar 3; tiroidă-glandă mamară 3; hipofiză-ovar 15; hipofiză-glandă mamară 17; ovar-glandă mamară 7; tiroidă, hipofiză, glandă mamară 1; hipofiză-glandă mamară 1.

Noi am tratat aproape toate cazurile cu fizio-terapie, adică cu unde ultra-scurte şi diatermie, mai rar raze ultra-violete, administrând în acelaş timp medicaţia opoterapică cu preparatele indicate administrate la anumite date.

Eficacitatea tratamentului nu este numai în funcţie de hormonul întrebuinţat ci mai ales de momentul când se administrează şi de doza administrată, aceiaşi terapeutică care poate da rezultate bune, poate fi ineficace, ba chiar poate agrava maladia, nefiind aplicată la o dată convenabilă, de exemplu: sunt bolnave cari, cum am spus, sunt hiper-foliculinice în prima jumătate şi hiper-luteinice în a doua jumătate. Dacă le administrăm foliculina în prima jumătate a ciclului, starea lor se înrăutăţeşte şi se ameliorează dacă le dăm în a doua jumătate a ciclului.

Majoritatea bolnavelor noastre tratate în acest fel s'au ameliorat foarte mult, altele s'au vindecat. E interesant de văzut cât de repede începe ameliorarea, chiar în cursul primelor trei şedinţe dispar crizele, cari fac din unele bolnave adevărate infirme, nefiind în stare să lucreze nimic, multe din ele temându-se să iasă pe stradă de teama acceselor, ceeace le măreşte descurajarea.

Cele mai multe s'au vindecat după 2—3 serii de tratament, ameliorându-se dela prima serie. Altele s'au ameliorat dela primele şedinţe, repetând tratamentul de teama recidivei. Unele făcând o serie de tratament s'au restabilit complect atunci, revenind după câteva luni cu turburări. Au mai făcut 2 serii până la vindecare. In genere 2—4 serii de tratament sunt suficiente. In cazurile extrem de rare în care tratamentul nu se ameliorează nu se insistă, controlând endocrino-diagrama.

In genere endocrino-diagrama trebue repetată după 2—3 serii de tratament.

Doctor Samuels din Amsterdam se serveşte de un aparat aproape identic pe care-l numeşte: Ciclograf, punând pe bolnavă să-şi

Digitized by Romanian Academy Library Cluj

facă singură, zilnic examenul stărei glandulare, constituind o curbă pentru un ciclu întreg, denumită „Ciclograma", care indică imaginea hormonală a sângelui şi starea respiraţiei celulare regulată de hormoni.

El susţine că diversele maladii de stomac, intestine, îşi au origina în disfuncţiunea centrilor lor din creerul mijlociu, sub influenţa disfuncţiunei hypofizare.

Toate organele şi glandele au în diencefal un centru trofic şi un centru excretor, care la rândul său se compune dintr'un centru excitator şi un centru frenator, şi cari în funcţiunea lor sunt sub influenţa hormonilor hipofizari.

In felul acesta, hypofiza influenţează direct sau indirect secreţiile glandelor periferice şi funcţiunea diverselor organe.

Diagramele şi ciclogramele, cât şi endocrino-terapia endogenă, cum o numeşte Samuels, prin unde ultra-scurte pe hipofiză, au dus pe autor la concluzia, că în hipofiză sunt doi hormoni principali, unul al accelerării respiraţiei celulare, sau tireo-trop, secretat de celulele eozinofile ale hipofiziei, activând tyroida, şi altul al încetinirii respiraţiei celulare sau gonadotrop, secretat de celulele bazofile, sub dependenţa cărora se află glandele genitale.

Centrul tireotrop şi cel gonadotrop al hipofiziei sunt antagonişti, menţinând astfel echilibrul.

El a tratat cu succes diverse maladii organice cu unde ultra-scurte pe hypofiză şi creerul mijlociu.

El tratează, în genere, cu unde ultra-scurte, hypofiza, şi a reuşit să excite sau să freneze funcţiunile ei şi să normalizeze astfel centrii şi deci funcţiunea organelor în disfuncţiune, din creerul mijlociu.

Aceasta s'ar datora faptului că celulele sănătoase nu reacţionează la doze mici la diatermie, pe când cele în disfuncţiune sunt bine influenţate şi se regenerează. El tratează cu succes diferite maladii organice ca: ulcerul, stomacul şi duodenal, produse după el prin hyper-funcţiune hypo-fizară, deasemeni maladii ale ficatului, rinichiului, pancreasului, (diabetul) neurastenia, histeria. El susţine că şi multe maladii psihice sunt datorite hyperfuncţiunei hipofizare şi s'ar putea trata cu această metodă.

Graţie antagonismelor glandulare, pentru a trata o glandă în disfuncţiune, el tratează uneori glanda complimentară pentru a frena pe cea dintâiu, el combină la început tratamentul endogen cu tratamentul exogen, care însă fiind numai de substituire nu e de durată.

El tratează în acelaş fel turburări endocrine produse prin şocuri psihice, emoţii, anxietate, produse din cauza accidentelor, când hypofiza fiind în disfuncţiune, produce diverse turburări organice, ca stările gastrice proaste, vărsături, diaree, maladiile de ficat, diabetul, neurastenia, cefaleea, amenorrhoeea, oligospermia, impotenţa, care urmează şocului şi care au diverse caractere, după gradul de labilitate ale hypofizei individului.

Prin analiza sistemului endocrin şi metoda lui de tratament cu unde ultra-scurte, autorul declară că a putut vindeca aceşti bolnavi, cari nu se vindecau niciodată, deoarece nu li se aplica tratamentul cauzal.

Un studiu de endocrino-diagrame în tumorile benigne şi maligne a dus pe autor la problema cancerului. După el, cauza primară a cancerului ar rezida în excitarea centrului tireotrop al hypofizei. El găseşte constant în această maladie cifre foarte mici de reducţiune a oxi-hemoglobinei, ajungând la 60"—25", în loc de 135"—150", deci arderi foarte intense. Susţine că arderile intense explică slăbirea mare a canceroşilor ce se pune în genere pe seama toxicităţii.

Cancerul fiind o consecinţă a unei turburări endocrine a sistemului tireotrop hypofizar, el l'a tratat ca şi alte maladii endocrine cu această metodă şi pretinde că a obţinut vindecări şi a oprit formaţiunea de metastaze după operaţii sau radio-terapii.

Clinica IV-a medicală — Fac. de med. din Bucureşti
Director: Prof. D-r B. Theodorescu

ASUPRA ACCIDENTELOR NERVOASE GRAVE IN PNEUMOTORAXUL ARTIFICIAL

de

D-r CONSTANTIN PAUNESCU, D-r ŞERBAN PAPADOPOL,
D-r I. ZAMFIRESCU

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Practica pneumotoraxului terapeutic deşi foarte perfecţionată în zilele noastre şi aplicată pe un imens număr de tuberculoşi de către specialişti experimentaţi, nu este lipsită de unele accidente mai mult sau mai puţin imediate şi cari de cele mai multe ori sunt de o gravitate extremă.

Aceste eventualităţi sunt cu totul imprevizibile, fiind consecinţa unui mecanism foarte complex.

Intr'adevăr, fizio-patogenia acestor accidente este şi astăzi, cu toate experimentările şi cu toate investigaţiile anatomo-clinice întreprinse, una din cele mai complicate, pentru unii chiar obscură. Dela primele observaţiuni asupra accidentelor nervoase în pneumotoraxul artificial, s'au emis două teorii cari căutau să explice aceste determinaţiuni: pentru unii era vorba de producerea unei embolii gazoase, pentru alţii de un reflex pleural.

Pentru verificarea primei teorii s'au făcut numeroase experimentări pe animale, inoculându-se aer în parenchimul pulmonar în cantităţi variabile şi prin procedee mai brutale sau mai insidioase. Aproape în toate cazurile rezultatul a fost negativ, căci nu s'a putut reproduce la animale sănătoase turburări asemănătoare celor produse la omul tuberculos. Aceasta ne-ar face să conchidem că o condiţie esenţială a producerii accidentelor nervoase prin producerea de embolii gazoase, este coexistenţa unor condiţiuni patologice speciale.

Insuflările intrapulmonare, chiar brutale, la animal, n'au putut

să realizeze turburările caracteristice în accidentele pneumotoraxului artificial, fie de ordin nervos, fie de ordin cardiac.

Constatarea acestei benignităţi a punctionării parenchimului pulmonar la animale în experimentare, colaborează cu împrejurările comune în cari noi punctionăm pulmonul la bolnavi intenţionat sau neintenţionat în cazul unei punctii pleurale exploratoare.

In ceeace priveşte producerea reflexului pleural, aceasta este o realitate la om cât şi la animal. Experimental, introducerea în pleură a unei substanţe iritante determină scăderea presiunei arteriale şi producerea unui acces de epilepsie.

La om spălăturile pleurale terapeutice cu diverse substanţe antiseptice ne arată şi mai bine realitatea acestui reflex pleural.

In ceeace priveşte frecvenţa acestor accidente, ea variază statistic după autori. Astfel după:

Andrews 1921 0,70‰
Zopino 1925 5‰
Boroc şi Viche 1918 0,86‰
Kitch 1932 niciun accident la 120.000 insuflaţiuni.
Tatanis 1932 20‰
Fromell 63 la 229.000 insuflaţii.

Accidentele se pot produce în momentul insuflaţiei sau la sfârşitul ei.

Ca simptomatologie în manifestarea acestui accident, vom remarca următoarele:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prima determinaţiune este pierderea cunoştinţei. Apoi se constată respiraţia neregulată cu pauze lungi. Pulsul, frecvent, neregulat. Turburările vaso-motorii sunt remarcabile şi prin producerea unor echimoze multiple. Sudoraţii abundente. Se notează deseori contracturi fie generalizate, fie sub formă de trismus sau rigiditate cervicală. Pupilele sunt dilatate nereacţionând la lumină. Ceeace este caracteristic în aceste simptome este faptul că ele se pot modifica în mod constant.

Atât simptomele vaso-motorii, cât şi pulsul şi respiraţia pot reveni la normal devenind iarăşi patologice. Asemenea se comportă şi pupilele şi contractura musculară.

In fine turburările nervoase pot apare sub formă de hemiplegie, paraplegie, monoplegie, uneori ameliorându-se şi dispărând relativ repede, alteori ducând la starea de comă.

Se înţelege dela sine că faţă de aceste simptome atât de polimorfe şi atât de variabile ca intensitate şi persistenţă, pronosticul în aceste accidente este foarte dificil de făcut, căci ne poate rezerva surprize în orice moment.

Relatarea amănunţită a unui accident grav după pneumotorax artificial, pe care am avut ocazia să-l observăm în Clinica IV-a Medicală de sub conducerea D-lui Profesor D-r Bazil Theodorescu, va ilustra perfect cele mai sus menţionate şi ne va permite ulterior să discutăm problema fiziopatogenică aşa de complexă a acestor accidente.

Bolnavul Vasile M., este adus la clinică în stare de comă. Este însoţit de un medic care declară că avea pe acest pacient de mai mult timp în

tratament pentru tuberculoza vârfului pulmonului stâng, aplicându-i în două rânduri pneumotorax artificial care a fost foarte bine suportat.

In a treia insuflaţie executată cu technica obişnuită, în cantitate de 270 cc. aer, la scoaterea acului din cavitatea pleurală, imediat bolnavul a declarat că se simte rău, având ameţeli progresive şi o accentuată încetare a vederii; în câteva minute şi-a pierdut conştiinţa. Imediat i se administrează 1 mgr. adrenalină intracardiac, apoi caffeină şi respiraţie artificială. Intervenţie fără efect, căci repede bolnavul a intrat în comă. Cam la o oră dela accident a fost adus la spital.

La examenul obiectiv se constată un individ de constituţie astenic, cu intensă cianoză a feţei şi a extremităţilor, cu respiraţie stertoroasă, cu o abundentă sudoraţie. Pe tegument se observă numeroase macule cu aspect echimotic, de mărimi variate. Se remarcă rezoluţia musculară generalizată, însă, membrele de partea dreaptă sunt mai ipotonice. In schimb se notează un accentuat trismus şi o contractură a muşchilor cervicali, ceea ce este în contact cu hipotonia celorlalte grupe musculare.

Reflexele tendinoase mai vii la membrele inferioare. Normale la cele superioare. De asemenea se observă clonus uşor la ambele picioare. Nu se constată reflexe de apărare.

Reflexele cutanate plantare uşor diminuate, cele cremasteriene şi abdominale normale. Reflexul cornean abolit bilateral. Pupilele midriatice egale, nu reaţionează la lumină.

De partea nervilor cranieni nu se notează nicio paralizie.

Sensibilitatea tactilă, termică şi dureroasă abolite. Bolnavul are incontinenţă de urină şi de fecale.

La pulmon se aud numeroase roncusuri sonore. La stânga sonoritatea nu e crescută. Ritmul respirator polipneic.

Cordul: Vârful în spaţiul V. La ascultaţie sgomote atenuate ca intensitate. Uşor galop. Puls 110—120. Tens. art. Mx. 8, Mn. 6.

Abdomen meteorizat, ficatul şi splina sunt mărite.

Se administrează oxigen, 1/4 mgr. strofantină şi 1 ctgr. lobelină.

Pulsul devine mai bine bătut, scade la 94. Respiraţia mai rară (22 pe minut), mai amplă. Reflexul cornean apare bilateral. După 10 minute bolnavul e uşor agitat, are o abundentă vărsătură alimentară. După o oră se injectează din nou 1 ctgr. lobelină. Se produce o nouă vărsătură. Pulsul 100—110. Respiraţia 24 pe minut. Tens. art. Mx. 8, Mn. 6. Extremităţile nu mai sunt cianozate, devin mai calde. Suduraţia abundentă nu se mai produce. Se remarcă o revenire a tonicităţii orbicularilor pleoapelor.

Se remarcă uşoară contractură la membrele inferioare şi unele mişcări incoordinate ale membrelor superioare.

După 40 minute, contractura e mai accentuată, devine mai pronunţată după câteva mişcări pasive. Reflexele rotulian şi achilian mai vii ca la început. Clonusul picioarelor mai persistent. De asemenea se observă reflexul cutanat plantar în uşoară extensie. După 4 ore sudoraţia abundentă reapare, cianoza feţei şi a extremităţilor se accentuează, pulsul 130 pe minut, respiraţia frecventă, trismusul se menţine. Apar contracţiuni clonice la membrele de partea dreaptă, generalizându-se treptat. Bolnavul sucombă cam după 7 accese epileptiforme.

La **necropsie**, la deschiderea cavităţii pleurale, deşi s'a făcut sub apă,

nu s'a constatat prezenţa de aer. Pulmonul stâng nu era colabat. Aderenţe multiple atât la stânga, cât şi la dreapta.

Se constată infiltraţia tuberculoasă a vârfului stâng, cu 4—5 cavernule, în restul pulmonilor hiperemie. La partea inferioară a lobului superior al pulmonului stâng, se remarcă sub pleura viscerală, o pată echimotică de 4 cm. diametru, ca un contur vag ovalar. La secţiune se constată la acest nivel o zonă de parenchim cu o adâncime de 2—3 cm. cu aspect hemoragic. Pe suprafaţa pleurei viscerale în acest loc, se observă un orificiu punctiform hemoragic, de culoare mai închisă. Fragmente din această zonă hemoragică pulmonară plutesc între două ape..

Cordul mărit moderat de volum, fără nicio leziune valvulară, prezintă un miocard de culoare brună, uşor tigrat, cu o consistenţă totuşi normală.

Aorta arată mici depozite ateromatoase pe crosă.

Ficatul cu mici zone de culoare gălbue, cu oarecare stază sanguină.

Toate celelalte organe intens hiperemiate. Capsulele suprarenale nu prezintă alteraţiuni macroscopice.

Creerul prezintă uşor edem al meningelor moi cu hiperemie intensă. La secţiune n'am găsit nici hemoragii, nici vreun focar de ramoliţie.

Examenul histologic a arătat hiperemie intensă în special în miocard şi cu oarecare degenerescenţă grasă. Aceiaşi hiperemie în substanţa albă cerebrală.

In toată substanţa cenuşie nu s'au găsit leziuni degenerative celulare, nici zone necrotice..

Parenchimul pulmonar prezintă hiperemie intensă, dar în zona hemoragică, sub-pleurală, se constată alveolele pline cu hematii, iar capilarele hiperemiate. Pe unele câmpuri microscopice se remarcă infiltraţie hemoragică şi a ţesutului interstiţial.

La focarul infiltrativ al vârfului se găsesc leziuni tipice exudative şi necroză caseoasă..

Teoria reflexului pleural de explicaţie a acestor accidente nervoase a fost acceptată în urma cercetărilor făcute de Cordier în 1910. Dar Dumarest Dieudonné, Besançon, Murat, etc., admit coexistenţa emboliei gazoase şi a reflexului inhibitor pleural.

Pentru Oekonomopoulo embolia gazoasă joacă un rol preponderent.

Sub denumirea de sindrom embolic cardio-mesencefalic, Trotot admite producerea de embolii capilare pornind din capilarele neoformate în ţesutul pleural iritat.

Prof. Sergent socoteşte reflexul pleural un adevărat mith. Hartwell Cook admite totuşi că reflexul pleural joacă un rol principal în accidentele nervoase ale pneumotoraxului artificial.

Totuşi numeroase experimentări făcute de Croisier cu injecţiuni intrapleurale de alcool iodat, n'au rămas concludente pentru susţinerea producerei reflexului pleural. Nici iritarea mecanică a pleurei n'a putut avea o influenţă notabilă. Dealtfel intervenţiunile făcute pe pleură în diferite operaţiuni chirurgicale n'au produs fenomene caracteristice reflexului pleural.

In cazul relatat de noi, deşi medicul curant a afirmat că a insuflat în pleură circa 270 cmc., totuşi pulmonul nu a fost găsit colabat

şi chiar deschiderea cavităţii pleurale sub apă, făcută cu toată precauţiunea, n'a permis constatarea pneumotoraxului în pleura stângă. Toată atenţia ne-a fost îndreptată asupra zonei hemoragice observată în regiunea lobului superior şi care poate fi socotită ca datorită unei punctionări cu probabilă mică insuflare intrapulmonară.

Această insuflare precedată de traumatismul respectiv a putut fi poarta de intrare a unei embolii gazoase, singura care poate în cazul nostru să explice gravitatea accidentului.

Astfel de embolii se pot produce chiar în timpul insuflării intrapleurale prin lezarea unui vas din interiorul unei bride. Astfel de bride bine vascularizate, astăzi când se practică obişnuit pleuroscopia, ştim că sunt destul de frecvente în cavitatea pleurală, iar lezarea lor se poate face foarte uşor.

După cum remarcă foarte just şi Croisier, reflexul pleural, dacă se produce trebue să fie mult mai frecvent. Pe când simptomatologia accidentelor fiind net encefalică şi cu acea variabilitate caracteristică, acestea se pot explica numai prin embolie gazoasă.

In cazurile cu necropsii făcute de către Laignell-Lavastine, Tixier, Sergent, Kourilsky, Baumgartner, etc., s'a putut constata aceasta cu toată evidenţa.

Croisier reluând experimentările cu injecţii de alcool iodat intrapleural, arată că prin aceasta nu se produc accese epileptiforme, dar că pătrunderea iodului în pulmon produce embolie cerebrală care declanşează convulsiunile. De altfel în aceste experienţe iodul a fost găsit în substanţă cerebrală. Ceeace ar determina această perturbare circulatorie n'ar fi numai aerul, ci acel amestec spumos care se constitue prin amestecul rapid de aer cu sânge. Tot din experimentări rezultă că mecanismul emboliei solide nu este identic cu acel al emboliei gazoase, acestea ultimele ar explica mobilitatea simptomelor cu apariţia şi dispariţia lor de mai multe ori.

In fine, trebue să mai admitem că emboliei gazoase se asociază şi un spasm arterial şi că acest element joacă un rol important în producerea accidentelor nervoase în pneumotoraxul terapeutic.

Acest spasm s'ar produce chiar la nivelul emboliei şi se înţelege că fragmentarea emboliei iniţiale în altele mai mici cari se pot deplasa în mod variabil, determină un număr mai mare de spasme la diferite ramuri vasculare. Aceasta ar explica şi mai mult variabilitatea simptomelor accidentelor de pneumotorax artificial.

Privitor la aceasta ar trebui ca adevărata terapeutică a acestor accidente să aibă ca prim scop combaterea acestui spasm vascular. Intr'adevăr, s'a încercat acetyl-cholina, însă în cantităţi mai mari. Astfel Sergent, Kourilsky, au injectat intramuscular deodată 0,40 g. ajungând la 0,80 g. 1,20 g. pe zi.

Din nefericire în cazul nostru, noi n'am putut interveni astfel fiindu-ne imposibil să ne procurăm acest medicament în scurt timp.

Kourilsky a întrebuinţat cu succes luminalul sodic 0,20 g. în injecţii intravenoase, reuşind să modifice în mod apreciabil convulsiunile, starea de agitaţie, contractura cefei şi în fine, chiar turburările cardiace şi respiratorii.

In unele cazuri autorul pretinde că această ameliorare n'a fost transitorie, ajungându-se la salvarea pacientului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONTRIBUŢIUNI PERSONALE LA STUDIUL HISTAMINOTERAPIEI IN MIGRENĂ *)

de

V. M. PLATAREANU
Membru titular

Intr'o lucrare anterioară [1]), am înfăţişat onoratei Academii de Ştiinţe, cercetările personale privind o nouă metodă de desensibilizare a organelor digestive, în special a duodenului, cu ajutorul histaminei. Este vorba de injectarea histaminei intramural, la nivelul zonei suferinde — şi de continuarea tratamentului, după intervenţia chirurgicală, prin injectarea intradermică la nivelul regiunii topografice, care corespunde proiecţiei organului suferind, folosindu-se fenomenul aşa zis al „reflexului de axon".

Am arătat, cu acea ocazie, şi mecanismul acţiunii histaminei în această nouă aplicare.

Ideea conducătoare a acestor studii porneşte dela faptul că, fenomenele aşa zise „alergice" se însoţesc în mod constant cu producerea a două substanţe parasimpatico-mimetice: **acetilcolina** şi **histamina.**

Această din urmă substanţă ia naştere în ţesuturi şi în special la nivelul tegumentelor şi mucoaselor, adică tocmai acolo unde fenomenele **anafilactice** (parafilactice-Danielopolu) sunt mai evidente şi mai intense. Asemănarea, coexistenţa şi sinergia dintre turburările ce se pot observa, atât la nivelul tegumentelor, cât şi la al viscerelor, şi în special al organelor digestive, în timpul diferitelor syndrome anafilactice, m'au făcut să cred că acest fapt nu este o întâmplare. Ele au o explicare firească în legătură embriologică şi morfologică strânsă care există între ectodermul şi endodermul din care derivă organele adulte.

Dacă o mare parte din afecţiunile sau sindromele cutanate şi mucoase externe recunosc o origine anafilactică; dacă patologia digestivă şi viscerală începe să găsească originea multor suferinţe în fenomene alergice petrecute la nivelul acestora; dacă terapeutica s'a îmbogăţit în ultimii ani cu substanţe care tind să combată turburările de origine anafilactică, sau să împiedice apariţia lor, ne-am socotit îndreptăţiţi să ne punem întrebarea de ce fenomenele anafilactice să aibă loc numai la nivelul organelor derivate din **ectoderm** şi **endoderm** şi nu şi la nivelul ţesuturilor derivate din **mezoderm**, (ţesut conjonctiv, vase sanguine, limfatice, muşchi, oase, articulaţii, etc)?

De ce să nu admitem că ţesuturile de origine mezenchimatoasă

---

*) Comunicare făcută în şedinţa din 27 I 1946. Academia de ştiinţe secţia Biologie aplicată.

1) „Consideraţiuni asupra unor metode personale de desensibilizare a organelor digestive, prin histamină" (Şed. din Maiu a Academiei de Ştiinţe şi articol în „Mişcarea Medicală Română" No. 8—10 | 1945).

Institutul Cultural Universitar Iaşi

— care iau parte, de exemplu, la constituirea unei articulaţii, să nu ia parte sau să nu poată produce reacţii alergice? Cine a putut stabili cauza atâtor syndrome reumatoide, artropatii fluxionare, hidartroze sporadice şi trecătoare, artralgii subite, etc.? Ce sunt, în fond: edemul lui Quinke, atâtea sindrome vasculare, care se instalează brusc şi dispar ca prin farmec, cărora nosologia le-a dat denumiri ca: Maladia lui Raynaud, acroasfixia, acro-cianoza, claudicaţia intermitentă şi alte sindrome similare? Cine cunoaşte adevărata cauză a celor mai multe cazuri de epilepsie, a crizelor epileptiforme, a diferitelor forme de cefalalgii sau a migrenei? Desigur că este îndrăzneţ să afirmăm că ele s'ar putea explica întotdeauna prin fenomenele de tip anafilactic, dar nici nu putem nega această posibilitate.

Faptele care să vină în sprijinul acestei ipoteze le găsim în încercările terapeutice, disparate, care s'au înregistrat mai cu seamă în ultimii 10 ani.

Astfel s'au semnalat bunele efecte ale injecţiilor cu soluţie de histamină intradermic la nivelul articulaţiilor în anumite forme de reumatism şi fenomene „de stingere" imediată a diferitelor forme de eflorescenţe dermice, exeme exsudative, sindrome sau afecţiuni pruriginoase (probabil toate de origine alergică). Deasemenea, dispariţia unor sindrome astmatiforme în urma injectării sulfatului de atropină, care frânează sistemul parasimpatic şi care este strâns legat de producerea fenomenelor anafilactice prin hiper-producţia de histamină şi acetylcolină, este un element important care vine în sprijinul ipotezei noastre.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru a ne verifica ipoteza că ţesuturile de origine mezenchimatoasă pot fi sediul diferitelor reacţii de tip alergic, am căutat să verificăm efectul desensibilizant al şocului histaminic asupra unui sindrom, la originea căruia stau modificări funcţionale localizate pe ţesuturi de origine mezenchimatoasă.

Dintre acestea am ales **migrena**. Este îndeobşte ştiut cât de rebelă este la tratament această afecţiune şi cât este de caracteristică în manifestările ei clinice (cefalee rebelă interesând jumătate din craniu, însoţită de greaţă sau vărsături, paloarea feţei, turburări oculare, senzaţia specială de rău, hipoglicemie şi scăderea tensiunii arteriale). In ceeace priveşte substratul acceselor de migrenă, s'a stabilit că este vorba de o vasodilataţie a ramurilor intracraniene şi meningeale ale carotidei externe. Acest fapt a fost intuit în 1908 de Cushing [2]). Mollendorf a susţinut, în opoziţie cu concepţia lui Dubois-Reymond şi Tzank, că în migrenă este vorba de o vasodilataţie şi nu de un spasm vascular, cum se credea. Cercetări ulterioare au demonstrat acest fenomen de vaso-dilataţie şi s'au putut suprima accesul de migrenă prin: ligaturarea arterei meningee mijlocii (Dickerson); prin secţionarea filetelor oftalmice dela rădăcina ganglionului lui Gasser (Penfield); prin aplicaţiile de ghiaţă pe cap sau **imersia mâinilor în apă cu ghiaţă** (Pasteur-Valery-Radot), precum şi printr'o

2) CUSHING în 1908 a fost primul care a considerat migrena ca de origine durală.

vaso-construcția puternică obținută cu injecții cu tartrat de engotamină (Tzank), făcându-se, astfel, proba experimentală și terapeutică a susmenționatului fenomen congestiv.

Odată această constatare făcută, se pune întrebarea: cărui fapt i se datorește această subită modificare a calibrului acestor ramuri ale carotidei externe — și aceasta numai de o singură parte, în marea majoritate a cazurilor?

Turburările digestive, cu care se însoțește totdeauna migrena, diferitele manifestări de origine alergică, pe care le găsim în trecutul pacienților, ne-au îndreptățit să considerăm migrena ca pe un fenomen anafilactic localizat într'o regiune irigată de carotida externă, așa cum avem atâtea alte turburări similare în domeniul altor trunchiuri vasculare (spasme sau pareze ale arterei retiniene, ale coronarelor, ale arterelor membrelor, etc). Mai mult, socotind că în toate fenomenele anafilactice, producerea de histamină este sporită, fapt dovedit prin dozarea în țesuturi și în plasma sanguină (Tinel, Ungar și Parrot), m'am întrebat dacă prezența histaminei înseși nu este generatoarea acestor turburări, întreținând un cerc viițios, adică o vasodilatație paralitică arterialo-capilară, care la rândul ei forțează țesuturile și produce o hipersecreție de histamină, întreținând astfel un cerc vicios. Dacă socotim justă aprecierea lui Ungar, care spune că histamina este o substanță mediatoare, fapt care aduce excitația filetelor nervoase, și care-i acordă chiar un rol hormonal, ne putem întreba dacă în cazurile de anafilaxie, histamina nu se găsește cumva nu numai mărită cantitativ, dar și modificată calitativ. De aceea, noi am socotit că acest cerc viițios din migrenă, care ia ființă ca și în turburările anafilactice digestive sau cutanate, nu poate fi întrerupt decât tot printr'un șoc histaminic artificial.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In acest sens ne-am propus a injecta în cazurile tipice de migrenă 1 cmc. din sol. 1/10.000 de histamină, (produsul Hista-Dimilli) intravenos.

Dăm mai jos observațiunea princeps.

D-na C. D., în etate de 43 ani, a venit la 15 Iulie 1945, să ne consulte pentru stabilirea cauzei unor crize migrenice ce durau de 15 ani și apăreau la intervale de 1—2 săptămâni, ținând câteva ore, uneori chiar 12—24 ore. In momentul când ne-a solicitat examinarea, pacienta era în plină criză. Tabloul clinic era clasic: hemi-cefalee dreaptă, paloarea feței, midriază de partea dureroasă, turburări în câmpul vizual — sensație de joc al obiectelor văzute și lipsă de contur precis, — greață intensă și o stare de rău demoralizantă, care o face să încline către sinucidere. Toate tratamentele întrebuințate în lungul interval de când sufere nu i-au folosit. Din trecutul pacientei nu socotim demn de reținut decât faptul că în trecut, a mai suferit de felurite manifestări de natură anafilactică: exeme exudative, erupții pruriginoase, amețeli nemotivate, mai ales după masă.

Examenul clinic nu ne-a arătat nicio leziune viscerală, ceeace ne-a dus la convingerea că migrena era o manifestare anafilactică. In consecință, am propus pacientei o injecție cu hista-dimilii intravenoasă, ceeace a acceptat.

Am așezat pacienta în decubitus dorsal și după un prealabil amestec de sânge propriu (10 cm.^{3} cu 1 cm^3 din sol. 1/10.000 hista-dimilii) am in-

jectat amestecul foarte încet, intravenos) timp de 10 minute. Chiar dela început pacienta a simţit o sensaţie de căldură în faţă şi în cap, însoţită de pulsaţii puternice intracraniene pe care le simţea îndeosebi în partea dureroasă. In momentul în care pacienta resimţea loviturile pulsaţiilor intracraniene mai intens, opream injectarea substanţei pentru câteva secunde, până ce aceste sensaţii dispăreau, şi apoi reinjectam 1—2 cm.^{3} cu aceeaşi încetineală.

Imediat după terminarea injectării, paloarea feţei a dispărut odată cu midriaza, iar cefaleea a încetat deasemeni, brusc, după câteva momente de exacerbare. Pacienta a fost lăsată în poziţie culcată încă 15 minute, în care timp a dispărut şi greaţa şi sensaţia de rău migrenos, fără apariţia vreunui simptom morbid. După injecţie, tensiunea arterială nu a arătat decât o foarte uşoară scoborîre a valorii maxime (dela 15 cm.^{3} la 14 m.^{3} Vaquez) şi aceasta pentru scurt timp (15').

Această subită dispariţie a sindromului migrenos a avut un efect moral extraordinar asupra pacientei, care a mărturisit că niciodată nu s'a găsit vreun medicament sau mijloc terapeutic capabil să suprime această suferinţă atât de brusc şi atât de complect.

Pacienta a fost apoi revăzută regulat timp de aproape 6 luni, în care timp nu a mai avut nicio criză de migrenă. După această perioadă s'a socotit vindecată şi nu a mai venit la controlul nostru.

Alte două cazuri, similare, au urmat observaţiei prime şi cu aceleaşi efecte imediate.

Deşi mult îndepărtate de obişnuitele noastre preocupări chirurgicale, am ţinut totuşi să aduc la cunoştinţa onoratului for academic aceste fapte de observaţie din care putem conchide următoarele:

1) Niciun fapt nu se opune ca să socotim migrena esenţială ca un fenomen anafilactic, localizat pe ţesuturi de origine mezenchimatoasă.

2) Histamina neavând niciun efect anesteziant (aşa cum au dovedit-o Dubarry şi Frapin) trebue să-i atribuim alt mod de acţiune.

3) Ipoteza noastră că prin introducerea intravenoasă a 1/10 miligrame de clorhidrat de histamină am produs un şoc histaminic, care a întrerupt cercul vicios dela nivelul ramurilor arteriale craniene şi meningee, pare verosimilă prin chiar efectul terapeutic obţinut.

4) Mecanismul biologic al cercului vicios credem a fi acela al blocării celulelor „Mastzellen" din sistemul reticulo endotelial al lui Aschoff, care sunt printre elementele generatoare de histamină din organism şi care în timpul suferinţei dau o creştere anormală a cantităţii şi probabil o alterare a calităţii histaminei organice.

Prin introducerea unei noi cantităţi de histamină sintetică se „blochează" pentru un moment activitatea elementelor histaminergice, fapt care este urmat de un efort de redresare funcţională a celulelor interesate şi de restabilirea echilibrului lor biologic, zdruncinat de fenomenele locale anafilactice.

Rezultatul pe care l-am obţinut atât de prompt, prin histaminoterapie intravenoasă, împotriva migrenei, ne obligă să-l recomandăm verificării acelor pe care-i interesează această problemă şi care au posibilităţi de cercetare mai mari decât ale noastre.

Spitalul de Obstetrică şi Ginecologie „Principele Nicolae"
Director: Medic Primar D-r Const. Stanca, Conf. univ.

CONTRIBUŢIUNI LA TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL CANCERULUI UTERIN *)

de

Conf. D-r CONST. STANCA şi D-r OCTAVIAN STANCA

Este unanim acceptat că precocitatea diagnosticului în cancerul uterin, ca dealtfel în toate afecţiunile maligne, constituie factorul esenţial în succesul terapeutic al acestei afecţiuni.

Inexistenţa unei simptomatologii patognomonice în fazele iniţiale, varietatea clinică diversă sub care se prezintă această maladie în fazele incipiente, justifică şi dificultatea unui diagnostic şi unui tratament precoce.

Interpretarea simptomelor în primele faze, din partea bolnavei, este în genere eronată şi aşa se explică faptul că marea majoritate a bolnavelor se prezintă în serviciile noastre atunci când turburările funcţionale sunt atât de avansate, încât necesitatea unei consultaţiuni medicale şi a unui ajutor devin inexorabile.

Aspectul statistic al rezultatelor operatorii este influenţat chiar şi în faza operabilă a bolii de precocitatea intervenţiei chirurgicale.

Foarte multe bolnave se prezintă în spitalele noastre la un interval destul de lung dela apariţia primului simptom. Statisticile ne arată că cu cât se operează mai aproape de primul simptom, cu atât rezultatele sunt mai bune. Astfel în cancere foarte rapid decelate, intervenţia radicală Wertheim) poate da vindecări definitive până la 98%.

Cu cât este mai lung intervalul de întârziere dela apariţia primului simptom, cu atât rezultatele operaţiei devin mai dubioase.

Se pare după acceptiunea cancerologilor — verificată de altfel şi de noi — că intervalul dela primul simptom până la inoperabilitate e aproximativ de 3 luni de zile.

In ce priveşte vârsta de apariţie a cancerului putem furniza următorul tablou după vârste la cele 653 bolnave studiate de noi:

20—25	25—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	56—70	70
8	29	66	108	102	120	93	82	28	11	6

Constatăm deci că vârsta mai frequentă atinsă de cancer al colului uterin este între 46—50 ani (120 cazuri), mai puţin frequentă între 36—46 ani şi mai puţin frequentă între 51—60 ani, e mai rar sub 35 ani şi mai rar peste 60 ani — este excepţional sub 25 ani (8 cazuri) şi peste 70 ani (6 cazuri).

Aceste date probează că în cancerul colului uterin vârstele relativ tinere sunt mai frequent atinse de procesul neoplazic.

In ce priveşte repartiţia grupului intervenţiilor făcute pentru cancer al colului uterin în raport cu vârsta bolnavelor avem următorul tablou

20—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65
2	14	37	42	43	51	37	18	5

Iar în grupul operatelor după procedeul Wertheim avem următorul raport după vârste:

20—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65
1	4	18	20	22	20	12	5	1

Aceste tablouri confirmă datele clasice cari susţin că vârsta de 41—50 este predilectă apariţiei cancerului uterin şi mai ales cel inoperabil este mai frequent în aceste limite; cel operabil îl găsim între 40—45, mai des ca să scadă progresiv atât peste 45—50 ani cât şi sub 41 ani şi la extremităţi valori egale şi anume cu câte 1 caz la vârsta de 20—25 ani şi 61—65 ani şi cu câte 4—5 cazuri la vârstele 26—30 şi 56—60 ani.

Toate tablourile noastre statistice ne arată frequenţa mai accentuată a procesului neoplasic al colului uterin între vârsta 41—50 ani şi o scădere progresivă a frequenţei mai pronunţată spre vârsta mai înaintată şi mai lentă spre vârstele mai tinere.

Media vârstei cea mai frequentă atinsă de cancer al colului uterin este de 43 ani şi 8 luni.

După constatările noastre dela spitalul „Principele Nicolae" din Bucureşti — din 653 de bolnave suferind de cancer uterin 82. 4% se prezintă în faza avansată şi numai 17.6% în faza operabilă a bolii.

Concluziile noastre de mai sus sunt concludente şi cu activitatea desfăşurată în Spitalul de Femei" din Cluj şi din „Institutul pentru studiul cancerului" din Cluj.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Atitudinea terapeutică este determinată de faza în care se prezintă bolnavele.

Dacă Röentgenterapia şi Curieterapia în fazele de debut al cancerului nu s'au putut încă impune ca unice metode de tratament, în schimb ele domină faza cancerului inoperabil.

Rtgen şi Radiumterapia constituie un preţios adjuvant al chirurgiei în cancerul operat ca tratament postoperator profilactic, exact cum chirurgia este un auxiliar necontestat al Rtgenului şi Radiului în fazele inoperabile ale acestei maladii.

Profesorul Gosset se întreba într'o lucrare, dacă Radiul acţionează eficace în cazurile avansate? Pentruce să nu tratăm şi cazurile incipiente, aşa numitele „cazuri bune" numai cu Radium?

In stadiul actual al cunoştinţelor noastre nu putem accepta această sugestie decât pentru cazuri excepţionale. Până astăzi tratamentul cu Radiu şi cu razele Röentgen deşi au ajuns la o perfecţiune considerabilă, totuşi nici radiologii nu sunt pentru tratamentul tuturor cazurilor incipiente de cancer al colului uterin ci şi ei recomandă operaţia.

Poate că viitorul, datorită descoperirilor recente în dispersiunea energiei atomice, va aduce noui metode de tratament mult mai eficace decât cele actuale, făcând poate inutilă intervenţia chirurgicală.

In consecinţă considerăm că în fazele operabile trebuesc utilizate totdeauna procedeele operatorii cari au drept scop o cât mai largă extirpare a uterului şi anexelor sale, iar printr'o supraveghere ulte-

rioară atentă vom chema în ajutor oridecâteori este necesar Rtgenul şi radiul.

Experienţa noastră ne îndreptăţeşte deocamdată să refuzăm tratamentele preventive preoperatorii cu radiaţiuni; în această chestiune încă nu sunt încheiate discuţiunile. Noi însă pe baza unei experienţe de 17 ani petrecuţi în mediul clinic de cancere ale colului uterin trebuie să semnalăm frequenţa recidivelor după Rtgen-Radiumterapie, faţă de numărul mai scăzut al recidivelor după operaţii radicale.

Deaceea vom utiliza, oridecâteori avem de aface cu un proces inoperabil, intervenţia chirurgicală şi aceasta cu extirparea cât mai largă a tumorii şi a ţesuturilor învecinate — inclusiv ganglionii regionali — pentru a preîntâmpina recidivele locale.

Procedeul operator utilizat de noi este histerectomia totală lărgită pe cale abdominală după concepţia lui Wertheim cu unele modificări technice proprii şi complectată dela caz la caz cu procedeul Zweifel.—

Din cele 653 de cazuri prezentate în spitalul Principele Nicolae, 103 au fost accesibile operaţiei Wertheim.

Chiar şi în cazurile mai avansate forţăm intervenţia care, dacă reuşeşte, intră în categoria acelor cazuri, pe cari le expunem imediat după vindecare radiaţiunilor cu Raze X, faţă de cazurile incipiente unde sau nu facem de loc tratament radiologic sau le comandăm pentru acest tratament abea după 3 luni. Cancerele la limită vor fi supuse tratamentului Rtgen la 4—6 săptămâni dela intervenţie. Această repartiţie o facem pe baza experienţelor şi observaţiilor noastre clinice şi cari ni s'au dovedit a fi cele mai potrivite.

Digitized by Google Digitized by Biblioteca Universitară Iaşi

După cum am amintit, utilizăm în toate cazurile operabile şi la limită operarabilităţii — adică forţate din punct de vedere technice — operaţia Wertheim cu următoarele modificări proprii:

Pregătirea prealabilă a vaginului cu apă oxigenată, alcool şi t-ra de iod, meşă vaginală, care se extrage în timpul operaţiei înainte de amputarea vaginului.

Primul timp: decolarea vezicei, acordăm acestui timp o importanţă deosebită pentrucă **ne indică operabilitatea cazului.** In cazuri avansate sau la limită se face control cistoscopic care ne dă indicii foarte valoroase asupra operabilităţii. Uşurinţa decolării vezicei ne arată dacă există sau nu o infiltraţie pericervicală. Unii autori francezi (Faure) încep operaţia direct cu ligatura arterelor hipogastrice, bazându-se pe **mobilitatea** uterului ca semn al operabilităţii.

Al doilea timp prin deschiderea parametrelor, ligaturăm artera hipogastrică în ambele părţi, cu scopul de a anemia terenul operator. Autorii germani (Wagner şi toată şcoala dela Berlin) abandonează această ligatură.

Al treilea timp: Prepararea ureterelor noi o facem pe o întindere foarte lungă. Trebuesc degajate şi lateralizate cât mai mult atât în sus spre bifurcarea arterei iliace comune cât şi în spre cervixul uterin. In acelaşi timp vom face o „tunelare" (tunelul ureterului) pe sub vasele arteriovenoase uterine, pe care le legăm şi le secţionăm la acest nivel.

Al patrulea timp: Prepararea peritoneului posterior prin decolarea

rectului. Prin aceasta ni se pune în evidenţă ligamentele sacro-uterine, pe care le secţionăm după ligatura prealabilă.

Al cincilea timp: In toate pregătirile anterioare vom căuta să avem cât mai mult peritoneu la dispoziţie, astfel că în acest timp să putem face extraperitonizarea uterului şi a anexelor. De aceea noi fixăm de valva anterioară şi de valvele laterale foiţele corespunzătoare, iar în partea posterioară tragem spre excavaţie foiţa posterioară sub care şi peste care vom plasa câte un câmp izolator. Extirpăm ganglionii palpabili şi vizibili.

Al şaselea timp: Se extrage meşa vaginală, apoi deschidem vaginul şi printr'o secţionare circulară extirpăm uterul cu anexele.

Lăsăm vaginul deschis. Nu utilizăm nici pensa oclusivă a lui Wertheim, nici cea a lui Gouillard, întrebuinţată de Faure. Prin breşa vaginală desinfectăm din nou vaginul cu t-ra de iod şi introducem o meşă în vagin lăsând o extremitate în orificiul abdominal al vaginului, cu scop de drenaj.

In al şaptelea timp: hemostaza vaginului şi peritonizarea bontului vaginal prin sutura în două planuri a foiţelor peritoneale. Nu fixăm niciodată foiţele peritoneale de marginea vaginului.

Inchidem cavitatea abdominală în 2 etaje: un etaj fascio-peritoneal comun şi pielea.

Nu întrebuinţăm drenajul Mikulicz decât în cazuri când nu am putut peritoniza din lipsa de perineu, sau acolo unde din cauza unui abces tubar sau ovarian, spart în cursul intervenţiei, nu mai avem siguranţa absolută a sterilităţii câmpului operator.

Care este conduita noastră chirurgicală în cazurile inoperabile?

Aici intervenţia operatorie nu mai are rolul de a vindeca, operaţiunea nu are decât o valoare terapeutică paleativă cu dublu scop: pe deoparte să faciliteze tratamentul cu raze, deci ca adjuvant al Radio — şi Curieterapiei, fie, de altă parte, ca tratament al complicaţiunilor ce se ivesc în evoluţia maladiei.

In perioada mai avansată a cancerului uterin, fenomenele pe care le întâlnim mai des sunt hemoragiile abundente şi exacerbarea durerilor.

După constatările noastre emacierea şi anemia canceroasă apar într'o perioadă mai tardivă, aproape concomitent cu apariţia diferitelor complicaţiuni, spre deosebire de cancerul celorlalte organe interne la care anemia şi scăderea forţelor fizice constituie simptome tipice şi uneori numai aceste două semne ne îndrituesc să suspectăm existenţa unui proces malign.

Insistăm asupra acestor simptome, pe care le-am sesizat pe un număr considerabil de cazuri şi anume apariţia aproape simultană a emacierii şi anemiei cu exacerbarea durerii, a hemoragiei abondente sau a apariţiei fistulelor.

Operaţia mai frequentă care vine în considerare în cazurile inoperabile e ligatura arterelor hipogastrice şi rezecţia nervului presacrat. Operaţia se face după procedeul clasic, fie printr'o singură breşă, mediană prin peritoneul posterior sau prin două breşe separate la nivelul fiecărei artere; iar rezecţia nervului presacrat, descrisă de Cotte, este de fapt o extirpare a acestui nerv pe o distanţă mai

mare — de aproximativ 3—4 cm., cu ţesutul conjunctiv şi limfatic în care este înglobat, şi cu ligatura arterei şi venelor presacrate la nivelul promontoriului.

Noi am utilizat în Spitalul „Principele Nicolae" această operaţie în 99 cazuri (13,6%) atât pentru a atenua durerile chinuitoare de care se plâng bolnavele cât şi pentru a opri hemoragia din procesul canceros. Anemizarea consecutivă intervenţiei a terenului neoplazic, facilitează acţiunea terapeutică a radiaţiunilor.

Starea sufletească a bolnavelor este mult tonifiată de intervenţia operatorie, — lucru constatat de altfel în chirurgie, unde chiar o laparotomie exploratoare are un efect favorabil asupra psihicului bolnavei.

In fistule vezico-vaginale noi facem derivaţia urinei spre rect prin implantarea ureterelor în rect, după procedeul lui Coffey. Putem oferi din acest punct de vedere 6 cazuri (0,9%), producând o ameliorare vizibilă a simptomelor. Dispare vulvovaginita cu durerile şi arsurile atroce şi edemul penibil. Prin operaţiunea aceasta suprimăm infirmitatea supraadăugată maladiei principale.

Natural nu ne văm aştepta la rezultate senzaţionale; e suficient dacă am reuşit să scoatem bolnava din starea desperată în care se vede, deci vom ridica moralul.

Alte operaţiuni executate de noi în cancerul inoperabil sunt cauterizări şi excochleaţii (29 cazuri); le considerăm operaţiuni de necesitate şi nu le practicăm decât atunci când sunt imperios reclamate. Din acest punct de vedere concepţia noastră e de a utiliza cât mai puţin bisturiul în procesele canceroase. Dacă intervenim, să intervenim pe ţesuturi sănătoase din jurul cancerului, dar să aplicăm cât mai rar instrumentele chirurgicale direct în ţesutul canceros. Experienţa noastră ca şi a altor cancerologi ne permite să afirmăm că în astfel de cazuri evoluţia e mult înrăutăţită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Infiltrarea rădăcinilor sacrate cu alcool absolut (100₀) ca şi cordotomia chirurgicală le executăm excepţional datorită rezultatelor dubioase şi paraliziilor consecutive.

Conduita noastră terapeutică schiţată aci este justificată de rezultatele obţinute pe un număr considerabil de cazuri pe care am încercat tot felul de procedee în activitatea noastră din „Institutul de cancer" din Cluj. Acordăm astăzi fiecărui procedeu valoarea rezultatelor experimentate altădată. De aceea astăzi ne găsim într'o fază cristalizată în ce priveşte chirurgia cancerului uterin.

Mortalitatea postoperatorie imediată este destul de redusă astăzi (4%). In ce priveşte mortalitatea tardivă statisticile nu pot oferi concluzii precise dat fiind faptul că este aproape imposibilă urmărirea à la longue a unei bolnave. Din 103 bolnave în cei cinci ani numai 5 s'au prezentat cu recidivă.

Luând însă în considerare numai faptul că prin operaţiunea de exceresă totală a organelor genitale interne am reuşit să prelungim viaţa unei mame cu 2—3—4 ani şi mai mulţi ani acest lucru este foarte mult atât pentru ea cât şi pentru familie.

Iar în ce priveşte cazurile care nu mai sunt susceptibile unei intervenţii radicale, eforturile noastre tind pentru a ajuta cel puţin bolnavele acestea, dacă nu le putem salva.

Dacă medicii noştri ar canaliza toate cazurile de cancere operabile ale colului uterin depistate de ei, spre centre chirurgicale unde se face în mod curent histerectomia lărgită Wertheim, în mâna oamenilor experimentaţi, am avea de înregistrat mult mai multe vindecări nu numai postoperatorii apropiate şi tardive, dar vom întârzia şi recidivele sau acestea nu vor mai apărea de loc.

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

Partea II-a

Observaţia 1. — Bolnava M. M. în etate de 60 ani, casnică, intră în clinica I medicală în ziua de 28 Mai 1943. (Glomerulo nefrită cr. difuză).

Edeme, oligurie, tulburări digestive.

Examenul urinei: albumină 4 gr. ‰

Sedimentul urinar: numeroase hematii, leucocite, numeroşi cilindri hializi şi granuloşi.

Examenul sângelui: ureea 2,30 gr. la mie.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Tensiunea arterială: Mx. 22,5.
Mn. 10,5.

Ortodiagramă L=15,4 cm. VS=8,5 cm. VD=14 cm. B=12 cm. Aorta opacifiată gradul I.

Examenul de fund de ochi normal.

Este supusă tratamentului cu post timp de 13 zile, administrându-i-se zilnic 700 gr. de compot de mere şi cireşe.

Sânge

Zilele	Uree	A. uric	Creatina	R. A. In vol. CO_2 %	Reacţia xanto	Clor. de Na.
31.V.	2,35 gr.‰	—	—	—	—	—
3.VI.	1,5 „	0,125 gr.‰	20,8 mgr.‰	33,8	20	—
6.VI.	1,25 „	0,100 „	15 „	36,8	21	Cl.Na pl 6,3 gr.‰ „ gl. 3,4 „
9.VI.	1 „	0,071 „	15 „	38,6	10	„ pl. 6,2 „ „ gl. 3,2 „
12.VI.	0,70 „	0,096 „	18 „	43	negativă	„ pl. 6,2 „ „ gl. 3,3 „
15.VI.	0,50 „	0,062 „	— „	52,8	20	—

*) Partea I-a în „Acta Medica Romana" Nr. 1-2 | 1946.

Urina

Data	Diureza in 24 ore	Densit.	Album.	Ph.	Cl. Na.	Uree	Acetonă	Amoniac	Sediment.
3 VI	300 cc.	—	4 gr.‰	—	—	—	abs.	—	Freq hematii, leucocite şi cilin.
5	300 „	—	3,5 „	—	2,1 gr.‰	—	—	—	hialini şi granuloşi
6	300 „	—	3,8 „	—	2,8 „	—	—	—	„
7	400 „	—	3,5 „	—	2,9 „	—	—	—	„
8	480 „	—	3,5 „	—	3,8 „	—	—	—	„
10	500 „	—	2,2 „	4,8	3,7 „	12,5	—	10 cc.	Hematis leucocite rari cilindri
11	500 „	1007	2,3 „	5,2	4,3 „	14	—	30	„
12	550 „	1010	0,80 „	4,8	5,2 „	14,6	—	23	„
13	680 „	1010	0,90 „	5	4 „	11,6	—	30	„
14	1000 „	1005	1 „	4,8	6 „	8	—	16	Hematis, leucocite cilindri hialini
15	900 „	1010	1,5 „	5,5	5,2 „	6,6	—	14	„
16	1400 „	1001	1 „	4,8	3,2 „	5	—	11	Hematii, rari leucocite, rari
17	1230 „	1000	0,50 „	5,4	5,3 „	5	—	9	cilindri
18	1300 „	1000	urme	5 4	3,3 „	4,6	—	10	„
19	1200 „	1000	„	5,6	3,9 „	6,9	—	7	Hematii
20	1100 „	1000	„	7	4,3 „	6,9	—	28	„

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Greutatea corporală şi tensiunea arterială în timpul postului

31/V.	2/VI	4/VI	6/VI	8/VI	10/VI	12/VI	14/VI	16/VI	18/VI	20/VI
Greut. 60,9	60,7	59,5	59,7	58,8	58,5	57	56,5	55,5	55,4	54,7
Tens. Art. 22,5	22,5	20,5	22,5	19,5	17,9	19	17	15,5	17	16,5
10,5	10,5	10,5	11	10	9	9	9,5	8,5	8,5	9,5

Observaţia 2. — Bolnavul I. C., funcţionar C. F. R., în etate de 48 ani, intră în clinica I medicală în ziua de 6 Iunie 1943. (Glomerulo nefrită cronică difuză).

Edeme generalizate, dispnee de efort, oligurie, cefalee, dureri lombare, dureri precordiale, tulburări digestive.

Examenul urinei: albumina 3 gr.

Sedimentul urinar: hematii numeroase, leucocite, cilindri granuloşi şi hialini.

Examenul sângelui: ureea 1,68 gr. la mie.

Tensiunea arterială: Mx. 20.

Mn. 10.

Ortodiagrama: normală.

Examenul de fund de ochi normal.

Este supus tratamentului cu post timp de 8 zile, dându-i-se zilnic 700 gr. compot de mere.

Sânge

Data	Urea	Ac. uric.	Creatina	R A. în vol. CO_2 %	Reac. xanto.	Clor. Na
6/VI	1,68 gr‰	—	—	—	—	Cl. Na. pl. 6,5 gr ‰ „ „ gl. 3,5 „
9/VI	0,90 „	0,100 gr‰	0,023 gr‰	35	27	Cl. Na. pl. 6,2 „ „ „ gl. 3 „
12/VI	0,55 „	0,11 „	0,01 „	46,2	21	Cl. Na. pl. 5,7 „ „ „ gl. 2,9 „
15/VI	0,48 „	0,05 „	0,01 „	61,4	22	—

Urine

Data	Diureza	Dens.	Album.	Ph.	Cl Na.	Ureea	Aceton.	Sediment
6/VI	600 c.c.	—	3 gr.‰	—	—	—	absent	Numeroase hematii, leuc. cilin. hial. gran.
7/VI	800 „	1012	3 „	—	—	—	„	Idem
8/VI	1100 „	1010	2,5 „	4,8	—	—	„	Idem
9/VI	1600 „	1005	1,80 „	4,8	8,3 gr.‰	17,6	„	Numeroase hematii, cili- hial. rare leucocite;
10/VI	2100 „	1005	1,90 „	4,8	9,4 „	—	„	Idem
11/VI	2200 „	1001	1,20 „	4,8	—	9	„	Hematii, cilindri
13/VI	1900 „	1008	1,30 „	6,1	9 „	15	„	Idem
14/VI	1800 „	1005	1,4 „	5,4	10 „	12	„	Idem
15/VI	1600 „	1005	0,80 „	5,9	5,5 „	14,5	„	Hematii, rari cilindri şi leuc.
16/VI	1200 „	1006	0,50 „	7	4,5 „	13	„	Idem

Greutatea corporală şi tensiunea arterială în timpul postului

Data	6/VI	7/VI	8/VI	9/VI	10/VI	11/VI	12/VI	13/VI	14/VI	15/VI	16/VI
Greutate în kgr.	98	95,8	93,4	89,1	88,2	86,3	84,2	83,7	83	82,4	81,6
T. A.	20	19	21	18	17,5	23	20	17	17	17	17
	10	10,5	11	11	11,5	11	11	10	10	10	10

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Observaţia 3. — Bolnavul D. C., de profesie agricultor, în etate de 53 ani, intră în clinica I medicală în ziua de 10 Iulie 1943. (Glomerulo nefrită cr. difuză).

Uşoare edeme, dispnee de efort, dureri lombare.

Examenul urinei: albumina 10 gr.

Sedimentul urinar: numeroase hematii, leucocite, cilindri granuloşi şi hialini.

Examenul sângelui: ureea 0,62 gr. la mie.

Tensiunea arterială: $\frac{\text{Mx. 22,5.}}{\text{Mn. 12.}}$

Ortodiagrama normală.

Examenul de fund de ochi normal.

Este supus tratamentului cu post timp de 11 zile, dându-i-se zilnic 700 gr. compot de mere.

Sânge

Data	Ureea	Ac. uric	Sânge Creatinina	R. A. în vol. CO_2 %	Reac. Xanto.	Clorura de Na.
10/VII	0,62 gr‰	—	—	48	45	Cl. Na. pl. 6,2 gr‰ gl. 3,2 „
13/VII	0,43 „	0,083 gr‰	—	45,3	22	Cl. Na. pl. 5,7 „ gl. 3,1 „
15/VII	0,43 „	0,062 „	—	44,3	51	Cl. Na. pl. 5,7 „ gl. 3,4 „
19/VII	0,43 „	0,055 „	—	40,4	25	Cl. Na. pl. 5,9 „ gl. 3,3 „
22/VII	0,25 „	—	—	49	20	Cl. Na. pl. 5,4 „ gl. 3. „

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Urina

Data	Diureza	Dens.	Album.	Ph.	Cl. Na.	Ureea	Acetona	Sediment
11/VII	1100 c.c.	1011	10 gr‰	6,2	3 gr%	—	abs	Frecv. hematii, leucocite, cilindri hialini
12/VII	600 „	1013	12 „	6,6	2,5 „	—	„	idem
15/VII	700 „	1004	4,5 „	6,4	2,6 „	—	„	idem
17/VII	1000 „	1002	4 „	6,5	—	—	„	Hematii, leucocite, rari cilindri
20/VII	1100 „	1003	3,5 „	f. alc.	2,5 „	—	„	idem
22/VII	1200 „	1002	2 „	alcalin	3,3 „	—	„	Sediment normal.

Greutatea corporală şi tensiunea arterială în timpul postului

Data	11/VII	13/VII	15/VII	17/VII	19/VII	20/VII	22/VII
Greutatea în kg.	59,2	58,2	57	56,1	54,4	53	52,7
Ta A.	20/10,5	17,5/10,5	18/10,5	15/9	15/10	14,5/10	14/8,5

Observaţia 4. — Bolnava J. A., casnică, în etate de 39 de ani, intră în clinica I medicală în ziua de 27 Noembrie 1943. (Glomerulo nefrită cronică difuză).

Edeme generalizate, cefalee, tulburări dispeptice.

Examenul urinei: albumina 3 gr. la mie.

Sedimentul urinar: numeroase hematii, leucocite, cilindri granuloşi şi hialini.

Examenul sângelui: ureea 0,81 gr. la mie.

Tensiunea arterială: 20/13,5.

Ortodiagramă normală.

Examenul de fund de ochi, normal.

Este supusă tratamentului cu post timp de 13 zile, dându-i-se zilnic 700 gr. zeamă de compot.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sânge

Data	Ureea	Ac. uric	Creatina	R. A. vol. Co_2 %	Reacţia xanto	Cl. Na.	
						Clor. Na plas.	g ob.
29/XI	0,81 gr.‰	0,110 gr.‰	0,023 gr.‰	44,2	38	5,7	2,8 gr.‰
2/XII	0,81 „	0,125 „	0,028 „	62,4	58	5,7	2,8 „
7/XII	0,65 „	0,109 „	0,018 „	57,6	62	5,7	2,8 „
9/XII	0,50 „	—	—	—	—	—	—

Urina

Data	Diureza	Dens.t.	Album.	Ph.	Cl. Na	Ureea	Acet.	Sediment
29/XI	500 c c.	1012	prez.	—	3 gr.‰	—	abs.	Hematii, leucocite cilindri, gr şi hi.
2/XII	800 „	1010	„	7,4	2 „	10 gr.‰	„	Idem
8/XII	920 „	1000	„	7,6	3 „	10,7 „	„	Idem
9/XII	1100 „	1005	„	7,5	4 „	8 „	„	Hematii

Greutatea corporală şi tensiunea arterială

DATA	29 XI	2 XII	4 XII	6 XII	8 XII	9 XII
Greutatea în kgr.	58,2	58	57,300	57,100	56,2	55,4
T. A.	20	18	15	15	15	15,5
	13,5	11	11	11	11	10,5

Observaţia 5. — Bolnavul P. M., de profesie casnică, în etate de 53 ani, intră în clinica I medicală, în ziua de 16 Decembrie 1943. (Glomerulo nefrită cr. difuză).

Edeme, dispnee de efort, dureri lombare, cefalee, vărsături.

Examenul urinei: albumina 10 gr. glucoză absent.

Sedimentul urinar: hematurie pronunţată, cilindri hialini şi granuloşi.

Examenul sângelui: ureea 1,22 gr la mie. B. Wassermann negativ.

Tensiunea arterială: $\frac{\text{Mx. 24.}}{\text{Mn. 14.}}$

Ortodiagrama: L=16 cm. B=13 cm. H=16 cm. VD=13,5 cm. VS=9,5 cm.

Suflu sistolic la mitrală.

Examenul de fund de ochi, normal.

Se aplică tratamentul cu post, cu zeamă de compot de mere, timp de 10 zile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In timpul postului, bolnava acuză o cefalee intensă.

Sânge

Data	Ureea	A. Uric	Creatina	R. A	Reac.	Xanto	Cl. Na.	
11/XII	1,22 gr.‰	—	—	—	—	—	—	
13/XII	1,04 „	0,018 gr.‰	0,018	29	30		Cl. Na plas. 6 gr.‰	glob. 3,3 gr.‰
17/XII	0,54 „		0,15	51	28		5,6	2,8 „
19/XII	0,36 „		0,01	56	23		5,2	2,8 „

Urina

Data	Diureza	Densi.	Album.	Ph.	Cl. Na.	Ureea	Aceton.	Sediment
11/XII	400 cc.	1015	12 gr.‰	4,8	3,2 gr.‰	—	abs.	Hematii, leucocite frec. cilindri grn
13/XII	600 „	1011	10 „	4,8	2,5 „	—	„	idem
15/XII	550 „	1012	6 „	5,1	3,4 „	—	„	Hematii leucocite cilindri
17/XII	900 „	1005	5,2 „	4,8	5,7 „	—	„	idem
19/XII	820 „	1006	4	7,2	5,8 „	—	„	idem

Greutatea corporală şi tensiunea arterială

Data	11/XII	13/XII	15/XII	17/XII	19/XII
Greutatea în Kg	63	62,2	62	61,4	60
T. A.	24	22	22	18	16
	14	11	11	10	9,5

Observaţia 6. — Bolnavul E. Gh., funcţionar la C. F. R., în etate de 47 de ani, intră în clinica I medicală în ziua de 18 Iulie 1943. (Glomerulo nefrită difuză acută).

Cefalee, turburări dispeptice, oligurie, edeme, dispnee de efort.

Examenul urinei: albumină 3 gr.

Sedimentul urinar: hematurie, cilindri hialini şi granuloşi.

Examenul sângelui: ureea 0,73 gr. la mie.

Tensiunea artrială: Mx. 18.
Mn. 9,5.

Ortodiagrama normală.

Este supus postului cu 700 gr. compot de mere, timp de 5 zile. Primele 2 zile, bolnavul a fost supus postului absolut.

Sânge

Data	Ureea	A. uric	R. A.	Reac. xanto.	Cl. Na.	
					Clor. Na. plas.	Glob.
18/VII	0,73 gr.‰	0,175 gr.‰	32	38	6,4 gr.‰	3,2 gr.‰
19/VII	0,19	0,05	60,5	40	5,5 „	3 „
20/VII	0,32	0,09	61	40	5,3 „	3 „
22/VII	0,48	0,08	66,2	42	5,2 „	2,8 „

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Urina

Data	Diureza	Densit.	Urina Album.	Ph.	Cl. Na.	Acetona	Sediment
18/VII	550 cc.	1014	3 gr.‰	alcalin.	1,5 gr.‰	abs.	Hematii, rari leucocite cilindri
19/VII	900 „	1007	urme	„	1 „	„	rari hematii
20/VII	1100 „	1005	„	„	1,5 „	„	„
21/VII	1320 „	1007	slabe	„	0,8 „	„	rari leucocite
22/VII	1250 „	1002	„	„	0,5 „	„	idem

Greutatea corporală şi tensiunea arterială

DATA	18/VII	19/VII	20/VII	21/VII	22/VII
Greutatea în kgr.	62	62,2	61,6	61,05	60,2
T. A.	18	16	16	14,5	14,8
	9,5	8,5	8	8	7,5

Observaţia 7. — Bolnava G. E., de profesiune moaşă, în etate de 45 ani, intră în clinica I medicală în ziua de 29 N-brie 1943. (Glomerulo nefrită difuză).

Edeme generalizate, cefalee, dispnee de efort.

Examenul urinei: albumină 4 gr.

Hematii numeroase, leucocite, cilindri hialini şi granuloşi.

Examenul sângelui: ureea 0,61 gr. la mie.

Tensiunea arterială: Mx. 18.
Mn. 11,5.

Ortodiagrama normală.

Examenul de fund de ochi normal.

Este supusă postului, timp de 8 zile cu 700 gr. zeamă de compot.

Sânge

Data	Urea	A. Uric	R. A.	Reac. Xanto.	Creatina	Cl. Na.	z 8
						plas.	glob.
30|XI	0,60 gr.0/00	0,109 gr.0/00	51,1	49	0.016 gr.0/00	6,4 gr.0/00	3,7 gr.0/00
2|XII	0,26 „	0,119 „	48,1	68	0,016 „	6,2 „	3,4 „
4|XII	0,35 „	0,113 „	49	52	0,013 „	6,2 „	3,2 „
6|XII	0,40 „	0,135 „	52	54	0,012 „	6	2,8 „
8|XII	0,32 „	0,125 „	42,4	39	0,014 „	5,6 „	2,9 „

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Urina

Data	Diureza	Densit.	Album.	Ph.	Cl. Na.	Acetona	Sediment
30|XI	600 c. c	1010	4 gr.0/00	7,4	1,3 gr.0/00	abs.	Numeroase hematii, leuc. cilindri gran. şi hial
2|XII	1400 „	1000	1,2 „	7,4	6 „	„	hematii, cilindri
4|XII	1530 „	1006	urme	7,4	8,5 „	„	rari hematii
6|XII	1500 „	1010	„	7,2	12 „	„	idem
8|XII	1600 „	1017	„	7,6	18,2 „	„	normal

Greutatea corporală şi tensiunea arterială

Data	30/XI	2/XII	3/XII	6/XII	8/XII
Greutatea în kgr.	59	58,	57,5	56,3	56,1
T. A.	18/11,5	17/11	17/11	14/9	12/8

Observaţia 8. — Bolnavul M. I., de profesie agricultor, în etate de 20 ani, intră în clinica I Medicală, în ziua de 14 Noembrie 1943, (Glomerulo nefrită difuză subcronică.

Edeme generalizate, vărsături, cefalee, dispnee de efort, oligurie.

Examenul urinei: albumină 12 gr.

Sedimentul urinar: numeroase hematii, leucocite, cilindri hialini, granuloşi şi lipoidici.

Examenul sângelui: 1,27 gr. la mie.

Tensiunea arterială: Mx. 22.
Mn. 18,5.

Ortodiagrama: L=15,5. VS=9,4. VD=14,6. B=13.

Examenul de fund de ochi. Neuro-retinită A. O. (exudate, hemoragii, edem retinian şi nevrită optică edematoasă.

Este supus tratamentului cu post timp de 12 zile cu 700 gr. zeamă de compot. La intrarea în clinică s'a făcut bolnavului o sângerare de 500 gr.

Sânge

Data	Ureea	A. Uric	R. A.	Reac. Xanto.	Creatina	Acetona	Cl. Na.	
14/XII	1,27 gr.‰	—	—	—	—	—	—	
							plas.	glob.
16/XII	0,76 „	0,078gr.‰	37,5	60	0,019	abs.	5,45gr.‰	2,95gr.‰
19 XII	0,72 „	0,062 „	38,5	64	0,020	„	0,4 „	3,4 „
22/XII	0,62 „	—	30,9	60	0,010	„	6,2 „	3.5 „
26/XI	0,65 „	0,056 „	38,0	24	0,017	abs.	6,2 „	3,3 „

Urina

Data	Diureza	Densit.	Album.	Ph.	Cl. Na.	Acetona.	Sediment.
14/XI	350 c. c	1004	12 gr. ‰	4,5	2,3 gr.‰	abs.	Numeroase hematii, leuc. cilindrii gran,
16/XI	400 „	1003	12 „	4,8	2,5 „	„	„
19/XI	400 „	1005	10 „	5,2	2 „	2	„
22/XI	500 „	1004	8 „	7,2	1,3 „	„	„
26/XI	650 „	1010	9 „	5	0,2 „	„	„

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Greutatea corporală şi tensiunea arterială

Data	14/XI	16/XI	18/XI	20/XI	22/XI	24/XI
Greutatea în kgr.	65,1	65	64,9	64,3	64,1	63,8
T. A.	22	23	24	23	23	20,5
	18,3	18	16	15	14	14

TABEL

de nefrite cronice supuse curei de post

Inainte de post — *După cura de post*

No.	Numele şi pronumele Vârsta	Data	Ureea în sânge	Diureza în centimetri cubi	T. A.	Greutatea	No. zile de post	Ureea în sânge	Diureza în ultima zi	T. A.	Gr. în Kgr.
1	C. I. 54 ani	9/V 1943	0,64 gr.‰	700 c. c.	14/9	58.5	11	0,35 gr.‰	980 c. c.	12/8,5	51,5
2	B. V. 60 „	20/V 1943	0,84 „	800 „	13/8	67,7	12	0,32 „	3200 „	12/8	52,7
3	S. T. 38 „	1/VI 1943	0,93 „	650 „	19/12	62,3	8	0,46 „	1100 „	16/10	58,3
4	A. L. 50 „	28/VI 1943	0,72 „	1500 „	17/9	56,7	9	0,30 „	1400 „	13/8	51,9
5	I. M. 48 „	26/VII 1943	0,91 „	800 „	14/7	67,1	10	0,52 „	1200 „	14 7	63,5
6	Z. M 41 „	16/XI 1943	3,28 „	400 „	11/7	51	14	1,89 „	560 „	11/7	49,4
7	G. A. 39 „	16/XI 1943	1 „	500 „	20,5/15	15	7	1,10 „	480 „	22/19	46
8	T. G. 50 „	29/XI 1943	0,54 „	650 „	18/9,5	68,3	11	0,40 „	1100 „	13,5/9	62,3
9	S. L. 29 „	7/XII 1934	0,75 „	450 „	16/10	53	8	0,35 „	800 „	14,5/9	46,5
10	V. St. 39 „	8/XII 1934	0,80 „	700 „	20/13,5	69,6	6	0,30 „	900 „	16/9	63,9
11	C. N. 23 „	14/XII 1934	1,30 „	780 „	19/11	59	12	0,72 „	850 „	18/11	57,8
12	P. C. 36 „	17/XII 1943	0,86 „	600 „	17/10	63	8	0,38 „	1430 „	15/10	58,9
13	E. B. 52 „	22/XII 1943	1,06 „	620 „	23/13	58	13	0,56 „	900 „	19/11	55
14	M. V. 32 „	6/I 1944	0,86 „	900 „	18/11	71	10	0,92 „	900 „	18/10	68,7
15	A. B. 51 „	13/I 1944	0,94 „	1000 „	21/10	67	13	0,48 „	1300 „	17/9	60,3
16	L. N. 45 „	28/I 1944	1,03 „	620 „	17/9,5	63	12	0,40 „	950 „	15/8	56
17	B. M. 28 „	13/II 1944	0,95 „	400 „	22/13	51	14	0,80 „	520 „	21/13	53
18	P. G 66 „	21/II 1944	0,67 „	850 „	17/10	56	12	0,32 „	1200 „	14/8	52,7
19	J. I. 38 „	26/II 1944	0,83 „	630 „	19/11	72	9	0.46 „	900 „	15/9,5	65,7

U. Cluj / Central University Library Cluj

In majoritatea cazurilor urmărite de noi, s'a observat că cele mai evidente modificări după tratamentul prin cura de post se manifestă prin dispariţia edemelor şi creşterea diurezei, scăderea tensiunei arteriale, şi revenire la normal a substanţelor azotate reţinute în sânge.

In cazurile No. 6 şi 7, de glomerulo-nefrită difuză acută, după tratamentul cu zeama de compot, simptomele dispar, starea generală se înbunătăţeşte, albumina din urină găsindu-se în cantităţi foarte mici iar sedimentul redevine normal.

Cantitatea de urină eliminată creşte puternic în timpul postului, iar cantitatea de clorur de sodiu eliminată creşte odată cu eliminarea apei din organism, după cum se observă în observaţia No. 6. Astfel în a 8-a zi de post bolnava a eliminat 29 gr. clorur de sodiu. In acelaşi timp, valorile Cl. Na., plasmatic şi globular ating valorile normale sau scad sub normal.

In cazurile de glomerulo-nefrită cronică difuză în primul stadiu, formă observată şi tratată mai frecvent de către noi, se observă remarcabile rezultate prin cura de post.

Creşterea diurezei începe a 3-5-a zi de post. Edemele încep să devină moi şi diminuă până la completa lor dispariţie. In acelaşi timp, diureza creşte până la 1,5-2 litri în timp de 24 ore, bolnavii scăzând în greutate, după cum se poate observa din tabelele alăturate.

In unele cazuri diureza creşte mult mai târziu. (In obs. 1, diureza începe să crească în ziua 13-14 pe post).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca şi în formele acute survin importante modificări în bilanţul Cl. Na. Cantitatea de Cl. Na., eliminată prin urină, creşte odată cu sporirea diurezei. După dispariţia edemelor valorile găsite sunt valoarea minimală normală. Această acţiune diuretică ce este evidentă în timpul postului se datoreşte absenţei Cl. Na. din zeama de compot, minimelor cantităţi de Kaliu şi Calciu — săruri cu acţiune diuretică —, cantităţei reduse de lichid îngerat de bolnav şi zahărului ce se găseşte într'un procent de 20%.

Metabolismul substanţelor azotate sufere importante modificări.

In toate cazurile de glomerulo-nefrită difuză acută şi într'un procent de 80% din cazuri de glomerulo-nefrită cronică difuză, ureea în sânge fiind crescută, a revenit la valorile normale după cura de post.

Acidul uric din sânge nu este influenţat de post, în aceiaşi proporţie ca şi ureea. In general, valorile acidului uric scad mult mai încet.

Creatinina arată numai uşoare deosebiri în timpul postului faţă de valorile anterioare curei de post. Se observă o uşoară scădere după post. Cercetarea substanţelor provenite din metabolismul intermediar, ce se evidenţiază prin reacţia xantoproteică, arată evidente modificări în timpul postului. In majoritatea cazurilor observate, reacţia xantoproteică arată valori scăzute după prima săptămână de post.

Această scădere a reacţiei xantoproteice este considerată de Grote, ca un semn de curăţire a organismului de substanţe toxice, servind totodată de indicator în suspendarea curei de post şi trecerea la o alimentaţie uşoară.

Cercetarea R. A. în sânge arată că marea majoritate a nefritelor se însoţesc de acidoză. Bolnavii supuşi postului cu zeamă de compot au arătat o creştere a R. A., care în unele cazuri a atins un grad de alcalinitate. La niciun bolnav nu s'a semnalat prezenţa corpilor cetonici în urină.

Ipertensiunea arterială, ce este unul din simptomele principale în formele difuze de glomerulo-nefrită, este influenţată în mod deosebit prin cura de post. In cazurile de glomerulo-nefrită difuză acută ipertensiunea scade, atingând valorile normale, după aplicarea postului.

In formele cronice se observă o scădere a tensiunei arteriale sistolice şi diastolice, apropiindu-se de tensiunea normală, după cum se poate observa din tabelele de mai sus, într'un procent de 40%. In rest, ipertensiunea are o tendinţă de scădere mai puţin evidentă.

Cura de post îşi exercită influenţa şi asupra albuminei din urină. In cazurile acute albuminuria se elimină în cantităţi tot mai scăzute, perzistând numai ca urme la terminarea curei. In cele cronice, albuminuria are o tendinţă de scădere, dar într'o măsură mai redusă.

Sedimentul urinar cu toate elementele patologice: hematii, leucocite, cilindri, se modifică în formele acute; aceste elemente dispar, sedimentul devenind normal. Nu acelaşi fapt se petrece în formele cronice. In acestea din urmă, sedimentul urinar patologic se modifică prea puţin: în deosebi se observă o diminuare în eliminarea cilindrilor, hematiile şi leucocitele perzistând timp îndelungat.

Terapia prin postul prelungit, nu dă rezultate în formele subcronice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

W. Arnoldi: Fastenkuren und Fastentage. Deut. Med. Woch. S. 1309, 1927. — Brauchle: Handbuch der Naturheilkunde, Leipzig, 1942; Naturheilkundeo des praktischen Arztes. Hippokrates-Verlag, 1939; Algemeinwirkungen der Rohkost. Stoffwechsel. Band. 2, S. 83, 1940. — H. Bottenberg: Naturheilbehandlung in der Allgemeinpraxis. Klin. Fort. Bd. 6, S. 5410, — H. Bottenberg u. Meyer: Fastenkuren in der Allgemeinpraxis. Hipok. Verlag, 1939. — Buchinger: Das Heilfasten. Hippokrates-Verlag, 1935. — Becher. Lehrbuch der Spezielen pathologischen Phisiologie. Auf. 3. Iena, G. Fischer, 1940. — W. Beiglböck u. J. Faltitscheck: Zur Therapie der Nephritis. Zeit. f. Klin. Med. No. 131, S. 583, 1937. — W. Eisenberg: Grenzen u. Klippen des Fastens. Münch. Med. Woch. S. 1441, 1935. — L. R. Grote: Das Fasten klinisches Behandlungsverfahren. Neue Deut. Klin. Bd. 14, S. 695; Wirkungen der Fastenbehandlung. Deut. Med. Woch. S. 1733, 1935; Diätetik bei Herz und Gefäskrankheiten. Münch. Med. Woch. S. 1351, 1935; Der einfluss des Fastens auf den Stoffwchsel. Stoffwechselerkrank. Bd. 2, S. 92, 1940. — O. E. Guttentag: Die chronische diffuse Glomerulonephritis. Neue Deut. Klin. Bd. 8, S. 162. — E. Grafe:: Der Stoffwechsel bei Anomalien der Nahrungzufuhr. Hend. Norm. u. Pat. Phis. Bethe-Bergmann Bd. 5, S. 212. — W. Heupke: Die Bedeutung des Obstes für den Gesunden u. Kranken. Deut. Med. Woch. S. 1077, 1936. — K. H. Hildebrand: Die Nephrosclerosen. Neue Deut. Klin. Bd. 8, S. 173. — W. Kollath: Zellstoffwechsel und diä-

tetische Therapie. Stoffwechselerkrank. Bd. 2, S. 92, 1940. — H. E. Meyer: Gruundlagen der Fastenbehandlung. Klin. Woch. S. 834, 1939. — G. Moschinski: Praktische Erfarungen in der Behandlung von Herzkranken mit Obstsaftkuren. Deut. Med. Woch., S. 1565, 1939. — G. Riedlin: Fastenkuren und Lebenskraft. 4. Auf. Berlin, 1924. — Schennk u. Meyer: Das Fasten. Hipokrates-Verlag, 1938. — Volhard: Die Doppelseitige Hämatogenen Nierenerkrankungen. Hand. inn. Med. Bd. 6. 2. Auf. Berlin, Springer, 1931. — S. Morgulis: Verhandlung d. Gesell. für Verdauung u. Steffwech. VIII Tag., S. 31, 1929. — H. Determann: Verhandlung d. Gesell. für Verdauung u. Steffwech. VIII Tag., S. 38, 1929. — H. Bottenberg: Naturheilkunde in der Praxis des Grosstadtarztes. Natürliche Heilweise. Jena, 1938. — W. v. Drigalski: Naturheilkunde im Rahmen des öffentlichhen krankencauses. Natürliche Heilweise. Jena, 1938. — A. Heisler: Landarzt u. Naturheilverfahren. Natürliche Heilweise. Jena, 1938. — O. Buchinger: Verfahren und Ergebnisser der Fastenbehandlung. Natürliche Heilwis. Jena, 1938.

La méthode du jeûne prolongé a été appliquée à trente malades a teints d'affections rénales. (2 cas de glomérulo-néphrite aigüe, 24 cas de glomérulo-néphrite chronique, 4 cas de glomérulo-néphrite subchronique).

La cure de jeûne a varié entre 8—13 jours, chaque malade ne recevant journellement qu'une quantité de 700 gr. compote de pommes.

Durant tout le temps du jeûne, aucun accident n'a été remarqué chez aucun malade.

Dans les cas de glomérulo--néphrite diffuse aigüe, à la suite du traitement au jus de compote, les symptômes morbides disparaissent, l'état général s'améliore, l'albumine de l'urine demeure à un taux très peu élevé tandis que le sédiment redevient normal.

Dans la majorité des cas de glomérulo-néphrite diffuse chronique, durant le premier stade de la maladie, on obtient à la suite du traitement au jeûne prolongé, dás résultats, remarquables. Les modifications les plus évidentes qu'on observe se traduisent par la disparition das oedèmes, l'augmentation de la diurèse, la baisse de la tension arterielle et le retour à la normale des substances retenues dans le sang.

La recherches, de la réserve alcaline dans le sang, montre à la suite du jeûne prolongé, une augmentation de celle-ci.

La présence des corps cétoniques n'a été signalée chez aucun de ces malades.

L'albuminurie marque une tendance à diminuer. Le sédiment urinaire n'est influencé qu'en une très petite mesure.

Dans la glomérulo-néphrite à marche subchronique, la thérapeutique au jeûne prolongé ne donne aucun résultat.

CC-0. Panjab University Library. Chd.

Sanatoriul „Marita"
Medic Primar Director: C. Vidraşcu

TUBERCULOZELE PULMONARE ATIPICE CU DEBUT PNEUMONIC

de

C. VIDRAŞCU şi T. GUGA

Tuberculoza pulmonară, atât la debutul ei aparent, cât şi în timpul evoluţiei, poate îmbrăca pentru scurte episoade o varietate bogată de semne, cari pot fi atribuite pneumopatiilor acute, precum şi altor maladii infecţioase extra pulmonare.

In serviciul nostru putem cita, pe acelaş bolnav, câte trei şi cinci puseuri de tip pneumonic.

Andral descrie aceste „puseuri de tip pneumonic în evoluţia tuberculozei pulmonare". acuzând câte 10—15 „episoade pneumonice" la acelaş caz.

Jacoud (1881) a fost printre primii, cari introduc în ftiziologie, noţiunea de „T. B. C. pulmonare curabile".

Din punct de vedere anatomo-patologic, aceste procese pneumonice se constituiesc în vecinătatea, ori concentric tuberculilor preformaţi. Laennec le consideră „infiltraţii gelatiniforme masive" având ca entitate isto-patologică: alveolita exudativă. Sabourin, acuză în mecanismul de producere calea endobronşică.

Tripier, le descrie sub numele de „pneumonii hemoragice bacilare". Bezançon şi Braun, au meritul de a arăta importanţa acestor „pneumoni tuberculoase curabile, din punct de vedere al prognosticului. Procesul evolutiv după o evoluţie variabilă, se vindecă prin resoluţia parţială, ori totală, cu amendarea simultană a fenomenelor generale de acompaniament. Aceste procese, în lipsa unui tratament precoce, duc la ramoliţie. Isto-patologic, ele reprezintă invazia toxinelor bacilare în parenchimul perifocal. Astfel se explică dispariţia lor prin resoluţie şi polemica dusă de ftiziologi, cari admit sau nu, tendinţa lor spre ramolisment, ultimii (Şcoala Germană) considerând-o o „epituberculoză".

Din punct de vedere patogenic, aceste procese atipice, sunt datorite unei invazii abundente şi globale a alveolelor pulmonare, cu toxine bacilare. Invazia se face pe cale ematolimfatică dintr'un focar preexistent. Complexului primar i se atribue acest merit.

Vom descrie pe scurt, caracteristicele clinice şi radiologice ale acestor procese atipice:

După o scurtă perioadă prodromică cu subfebrilităţi, oboseală la efort, uneori fenomene rino-traheo-bronşice, se instalează faza „de debut cu frison puternic", febră ridicată 39°-40°, junghiu şi nu rareori expectoraţii sanghinolente. a doua, ori a treia zi, junghiul este înlocuit cu o durere permanentă şi localizată, febra persistă, bolnavul este adinamic cu o discretă congestie a feţii de partea afectată. Acest tablou durează între trei-cinci săptămâni. Stetacustic se constată

BCU Cluj / Central University Library Cluj

o matitate exprimată, ce corespunde lobului afectat cu o ploaie de valuri crepitante.

Radiologic, în timpul acestei perioade de „stare pneumonică", se constată o umbră o pată ce poate cuprinde suprafaţa parţială, ori totală a unui lob pulmonar, delimitată fiind în acest caz, de scizura interlobară, pe care nu o depăşeşte.

In cazurile observate de noi, lobii superiori au fost cu predilecţie afectaţi şi în special cel drept (Sergent).

Simptomatologia clinică descrisă mai sus a acestor procese atipice, este atribuită la doi factori:

a) Constituţia şi terenul limfatic fac aceste „debuturi pneumonice".

b) Agenţii traumatizanţi externi: Frigul, surmenajul şi eforturile de orice fel, subalimentaţia precum şi anumite desavantagii sociale, sunt cele mai des incriminate în deslănţuirea lor. Suprainfecţiile masive exogene ar juca un rol determinant în declanşarea lor (Aschow, Puhll). Noi nu am putut depista acest element — cu toată rigurozitatea interogatorului — decât la două din cele unsprezece cazuri ce au fost studiate în serviciul nostru.

Din cele relatate mai sus, precum şi din descrierea celor două cazuri la sfârşitul acestui articol, reese că, erorile de diagnostic pot fi dese, ori de câte ori o tuberculoză pulmonară inaparentă îşi face apariţia clinică sub masca unei pneumatii acute.

Iată criteriile după care se face diagnosticul diferenţial între aceste procese acute şi o pneumopatie acută:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) Imprejurările şi sezonul. Tuberculozele pulmonare în general sunt apanajul lunei Aprilie şi apar sporadic în comparaţie cu pneumopatiile acute, cari au caracterul epidemic primăvara şi iarna.

2) Debutul este solemn în pneumopatiile acute şi naşte „în plină sănătate", precedat fiind de semne conjunctivo-rino-bronşice, cu douăcinci zile. Prodromul în tuberculozele atipice este mult mai lung dela 10—20 zile, fiind etichetat adesea de stare gripală, iar debutul este mai puţin solemn.

3) Evoluţia în tuberculozele atipice cu debut pneumonic, „starea pneumonică" durează între trei-cinci săptămâni, în timp ce pneumopatiile acute durează între 5-7-9-11 zile. Tegumentele sunt mai totdeauna palide în formele atipice, pe când în pneumopatii se cunoaşte congestia vultuoasă a feţei, precum şi herpesul constant. Defervescenţa se face în mod litic în prima, în timp ce criza, este sfârşitul celei de a doua.

4) Laboratorul indică pentru formele atipice, o spută cu bacili Koch prezenţi. In literatura medicală, sunt descrise cazuri de pneumopatii, ba chiar şi gripe infecţioase (Popper), când în spută au fost găsiţi bacili. Acestea sunt excepţii datorită grefării pneumopatiei acute pe vechi focare bacilare. Nu sunt însă excepţionale cazurile, când o pneumopatie acută constituie factorul anergizant pentru un organism în aparenţă sănătos din cauza unor focare tuberculoase „mute". In aceste cazuri putem vorbi de forme asociate, în care elementul anergizant dispare, în timp ce focarele preexistente şi excitate, îşi continuă

sub „lovitura de biciu" primită, mersul lor firesc pentru o ftizie cronică.

5) Modificări sanghine. In pneumopatiile acute găsim peste 18.000 leucocite şi peste 85% polinucleare. In procesele atipice aceste cifre sunt sub 15.000 leucocite şi sub 80% polinucleare.

6) Radiologic este foarte grea o diferenţiere între una şi alta, în special în perioada de „stare pneumonică".

7) Cutireacţia, este intens pozitivă în pneumopatiile tuberculoase, constituind un element sigur de diagnostic.

Recidivele sezoniere la acelaş individ, pledează pentru un proces antipic tuberculos.

Evoluţia şi prognostic. După dispariţia radiologică a condensaţiei, rămân câteva focare, cari constituiesc „cartea de vizită" a procesului tbc. atipic şters. Acestea din urmă pot evolua pe cont propriu.

Această dispariţie radiologică este precipitată în toate cazurile când se instituie un pneumotorax endopleural precoce. In majoritatea cazurilor noastre ştergerea începe în ziua a treia după instituire, pentru ca după un interval după 3—5 săptămâni să nu mai poată fi controlată radiologic din cauza colapsului obţinut.

Cazurile tratate şi observate de noi au părăsit sanatoriul după 5-6 luni dela instituire şi ar însemna să tragem concluzii gratuite în ceeace priveşte prognosticul. Bazaţi totuşi pe însuşi denumirea lor de „pneumonii tuberculoase curabile" pe de o parte, iar pe de alta, pe rezultatul examenelor de laborator favorabile obţinute la toate cazurile noastre şi care au fost comparate cu examenele de acelaş fel, făcute la intrarea acestor bolnavi în serviciu, coroborate cu semnele fizice şi funcţionale, putem conchide că, aceste forme atipice du „debut pneumonic" au un prognostic mai mult decât favorabil.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru o ilustrare a celor expuse în articolul de faţă, redăm mai jos câte o copie, după foaia de observaţie clinică a două din cele unsprezece cazuri, cari s'au internat şi au fost observate şi tratate în serviciul nostru.

Observ. 1. — B. S. în etate de 20 ani, necăsătorită, elevă.

In antecedente heredo-colaterale şi antecedente personale, nimic deosebit.

In 14 Ianuarie 1945, după o călătorie cu trenul din satul natal spre liceu, acuză un junghiu la baza hemitoracelui drept însoţit de o tusă seacă şi febră de 39°—39,5°. Este internată în infirmeria liceului, unde i se pune diagnosticul de pleurită dreaptă. Această stare durează 6—7 zile, pentru ca să cedeze odată cu semnele generale.

In 15 Iulie 1945, după o serbare şcolară, acuză un frison puternic, junghiul în dreptul mamelonului drept şi temperatură de 39°—40°. In ziua de 19 Iulie 1945, se internează în serviciul nostru.

La examenul pulmonar se constată o zonă de matitate în treimea superioară a hemitoracelui drept cu râluri crepitante umede. Freamătul pectoral accentuat de aceeaşi parte.

Radiologic se constată o umbră densă, care ocupă lobul superior drept, având ca hotar scizura interlobară.

La examenul direct al sputei se găsesc bacili Koch. Capacitatea resp. 2300 cc. Respiraţii pe minut 22—24. Viteza de sedimentare: 34—83—104.

Formula lui Arneth: 9—41—35—15—0%. Reacţia Moritz-Weiss este pozitivă pentru o singură picătură de permanganat de potasiu.

Temperatura de 39°—40°, puls 120—125, starea generală alterată cu o discretă congestie a feţei de partea afectată.

La 23 Iulie 1945, i se institue un pneumotorax drept. Incepând cu a doua zi, temperatura scade litic ca să ajungă după 5 zile sub 37° C.

In Octombrie 1945 laboratorul dă următoarele rezultate:

Viteza de sedimentare: 9—18—35. Arneth: 4—35—40—19—2%. Reacţia Moritz-Weiss pozitivă, după trei picături de reactiv întrebuinţate.

Temperatura constant sub 37°. Starea generală bună. Câştigă în greutate şase kgr. Face insuflaţiile la 18 zile.

Observ. 2. — C. Aurel de 30 ani, căsătorit, fără copii. Om de serviciu într'un birt popular.

Antecedente heredo-colaterale şi personale, fără importanţă.

Debutul la 5 Oct. 1945, cu frison puternic, apoi febră de 38,5—39°, şi o durere localizată în treimea superioară a hemitoracelui drept. Tuşeşte şi expectorează o spută sanghinolentă. Devine inapetent. Cu aceste semne se internează în serviciul nostru la 19 Oct. 1945.

Tip limfoid, cu tegumente palide, ţesut adipos redus. Reflexe normale. La examenul cavităţii bucale, nimic deosebit. Greutate 62 kgr. Temperatură 39,1—39,6°.

Pulmonar se constată o matitate exprimată în treimea superioară dreaptă cu raluri fine crepitante.

Radiologic, o umbră omogenă ce cuprinde două treimi din lobul superior drept. Restul parenchimului pulmonar de transparenţă normală.

Capacitatea resp. 2500 cc. Respiraţii pe minut 22. Pulsul 100—110. In spută se găsesc bacili Koch. Viteza de sedimentare: 36—80—123. Formula Arneth: 6—37—45—14—0%. Leucocite 11.000 pe mm. cub, cu 79% neutrofile. Reacţia Moritz-Weiss, pozitivă pentru două picături de reactiv întrebuinţate.

La 21 Oct. 1945, se institue un pneumotorax drept, având ca urmare o scădere bruscă a temperaturii sub 37°, pentru ca după 3 zile dela instituire să fie amendate şi fenomenele fizice şi funcţionale de acompaniament.

La 15 Ian. 1946: Bacilii Koch nu pot fi puşi în evidenţă în spută nici prin homogenizare. Viteza de sedimentare: 14—23—38. Arneth: 3—35—43—19—2%. Leucocite 6300, cu 68% neutrofile. Reacţia Moritz-Weiss, pozitivă după trei picături de reactiv.

Părăseşte sanatoriul la 3 Februarie 1946.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cazuri anatomo-clinice

Spitalul „D-r A. Cândea-Timişoara"
Serv. II chirurgical
Medic-primar: D-r A. Lambescu

UN CAZ DE CORP STRĂIN ESOFAGIAN (PROTEZA DENTARĂ) EXTRAS PRIN GASTROTOMIE*)

de

D-r LAMBESCU ALEX. şi **D-r CRĂCIUN FLORIN**
Medic Primar — Medic secundar

La consultaţiile chirurgicale dela Casa Asigurărilor Sociale Timişoara ale unuia dintre noi, se prezintă în ziua de 6/I/946, bolnava M. A. de 49 ani, care în cursul nopţii pe când dormea şi-a înghiţit proteza dentară a celor 4 incisivi superiori.

CC-BY-NC-SA Universitatea Babeş-Bolyai Cluj-Napoca

Bolnava acuză o durere retro-sternală exacerbată la deglutiţie. Alimentele moi şi lichidele trec fără multă greutate.

Bolnava este îndreptată la serviciul C. R. L., care neposedând esofagoscop, o trimite la Sibiu sau Cluj.

Revine deci cu acest rezultat, dar declară că nu vrea să plece din localitate.

În faţa acestei situaţii, cunoscând pericolele complicaţiilor prin prezenţa unui corp străin esofagian neregulat, cum e o proteză dentară cu cârlige anclavată un timp mai îndelungat în esofag, precum şi fraza clasică a lui Terrier, că nu este permis unui medic să abandoneze un bolnav înainte de a-i fi extras corpul său străin din esofag, după cum nu este permis a lăsa un bolnav cu hernie încarcerată fără a-l opera, ne-am hotărît a interna bolnava în serviciul II chirurgical dela Spitalul D-r A. Cândea, condus de unul din noi.

In serviciu, i se face imediat o radioscopie prin care se constată prezenţa protezei în esofag, fixată oblic şi care se precizează pe coloana vertebrală la nivelul vertebrelor a 7-a şi a 8-a dorsală, capătul inferior proectându-se la 10 cm. deasupra apofizei spinoase a vertebrei a 11-a D.

Examenul general al bolnavei o arată fără de tare organice sau ma-

---

*) Comunicare la Asociaţia medicilor militari şi civili din Timişoara, Februarie 1946.

ladii de sisteme. Neagă orice deglutiţie voluntară sau accidentală de substanţe caustice, anterior accidentului pentru care e internată în spital.

Avându-se în vedere poziţia corpului străin, dar gândind în acelaşi timp la dificultăţile operatorii pentru rezolvirea cazului, se hotărăşte intervenţia chirurgicală pe cale gastrică.

Operaţia se efectuează la 8 Ian. 1946, sub anestezie generală cu Evipan complectată cu 0.02 ctg. morfină înainte cu jum. de oră.

Operator D-r Lambescu, ajutor D-r Crăciun.

Prin laparatomie mediană supraombilicală se exteriorizează cât mai bine posibil regiunea fundică a stomacului, se izolează cavitatea peritonială cu comprese, apoi se practică o gastrotomie pe faţa anterioară paralelă cu marea curbură la 3 cm. de ea, şi lungă de 10 cm.

Cu o pensă elastică curbă stomacală introdusă prin orificul cardiei în esofag se ajunge la proteză, se prinde între ramurile ei şi se tracţionează cu precauţie căutându-se a se extrage, însă corpul străin agăţat cu cârligul de peretele esofagian vine puţin prin alunecarea mucoasei pe submucoasă, apoi scapă din pensă reluându-şi locul.

Se introduce atunci mâna dreaptă în stomac şi cu indexul şi mediusul se dilată orificiul cardiei permiţându-le pătrunderea în esofag, în timp ce cu un tub Faucher trecut prin gură de un ajutor se împinge corpul străin. Degetele reuşesc prin această manevră combinată să-l desprindă de perete şi să-l extragă pe diametrul său cel mai mic.

Sângerare minimă.

Se suturează tranşa gastrică în 3 planuri şi se închide peretele abdominal drenându-se cu tub şi meşe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mersul post-operator a fost simplu: bolnava părăseşte serviciul după 20 zile vindecată. Revăzută la 40 zile după operaţie, nu acuză nicio jenă la deglutiţie alimentându-se normal.

Am socotit cazul că având interes din două puncte de vedere: al sediului acroşării corpului străin şi al technicei de extracţie.

Se ştie că cele mai multe din corpurile străine înghiţite se opresc la prima sau a două stenoză naturală a esofagului — adică trec de marginea inferioară a cartilagiului cricoid — prima dintre cele 3 strâmtori esofagiene anatomice, se opresc înaintea strâmtorii bifurcaţiei tracheiei numită şi strâmtoarea aortică şi numai o mică parte ajung să se oprească înaintea hiatusului esofagian, cea de a 3-a strâmtoare esofagiană.

V. Hacker consideră că pentru corpurile străine, strâmtoarea de mijloc a esofagului nu este bifurcaţia tracheiei — unde se localizează cancerele şi stenozele cauzate de caustice — ci deschiderea sau apertura toracică superioară constituită dintr'un inel osos şi părţi moi care stranguleazâ oarecum esofagul şi formează o piedică trecerii în porţiunea toracică a corpului străin ce a depăşit bariera primei strâmtori.

60% din corpurile străine — după Bürger — se opresc în regiunea cervicală, înaintea acestei strâmtori toracale.

Din punctul de vedere al conduitei terapeutice chirurgicale dacă cele oprite în regiunea cervicală şi supra-bifurcală se pot extrage printr'o esofagotomie laterală cervicală, cum a procedat unul dintre noi la o fetiţă de 5 ani care înghiţise o monedă (D-r Lambescu) şi care

se oprise deasupra bifurcaţiei tracheiei — sau printr'o gastrotomie ca şi cele ce se opresc jos imediat deasupra cardiei, mari dificultăţi technice prezintă corpurile străine oprite în porţiunea toracică infrabifurcală — cuprinsă dela 2 cm., subbifurcaţie adică 27 cm., dela marginea dinţilor până la 7 cm., deasupra orificiului cardiei adică 40 cm., dela incisivi — şi cazul nostru se încadrează în această zonă.

Amintim că înălţimea sediului corpului străin se măsoară în lipsa esofagoscopului fie cu sonda esofagiană, fie folosindu-ne de examenul radioscopic proectând corpul străin pe coloana vertebrală şi ştiind că bifurcaţia tracheiei se proectează la nivelul celei de a 4-a vertebră dorsală, cardia la apofiza spinoasă a vertebrei a 11-a, şi hiatus-ul diagfragmatic la nivelul bertebrei a 9-a.

La aceste localizări în zona dificilă pentru a nu recurge la o mediastinotomie posterioară sau anterioară şi transpleurală, operaţii ce dau o mortalitate mare, se folosesc artificii de technică — cum e împingerea corpului străin cu un tub Faucher (Proc. V. Hacker) sau aşa zisă metodă cu firul — Fadenmethode — prin care se introduce o sondă subţire.

La vârful sondei se trece un fir de care se leagă fie un burete fie mai multe comprese în fâşii ca o coadă de smeu şi de care se agaţă corpul străin; sonda se introduce prin stomac şi se scoate corpul trăgându-se sonda fie pe cale bucală fie prin stomac.

In cazul nostru însă, deoarece proteza dentară era agăţată cu cârligul ei de perete ceeace a făcut inoperantă extragerea cu pensa — fără riscul de a leza profund mucoasa prin tracţiuni brutale, a fost nevoie să se recurgă la manevra combinată a împingerii cu sonda Faucher şi a introducerii degetelor după dilatarea prealabilă a cardiei pentru a se efectua desprinderea şi extragerea pe un diametru mai mic a piesei de proteză oprită oblic în esofag, — manevră ce ne-a dat rezultatul dorit.

Biblioteca Universitatea "Ion Ionescu de la Brăila"

CONTRIBUŢIUNI LA TRATAMENTUL ASTHMULUI BRONCHIC

de

LUPESCU TITU-Ploeşti

Se dă foaia de observaţie a doi asthmatici bronchici, din care una o autoobservaţie, la care toate tratamentele antiasmatice încercate au eşuat şi unde numai aurul „Lopion" a putut înfrânge crizele subintrante ale astmului.

Tratamentul a fost foarte bine suportat şi a dat aceleaşi bune rezultate şi în recidiva primului caz.

Suferind eu însumi de una din cele mai grave forme de astm bronchic, cu crize subintrante, care timp de 5 luni, nu au încetat o singură zi, la care nici un tratament recomandat de mari medici din Bucureşti, Sibiu, Craiova, Ploeşti, etc. profesori universitari şi

iscusiţi clinicieni, nu mi-au adus nici-o ameliorare, lăsat pradă boalei, după cum mi s'a spus: „că nu au ce-mi mai face", după ce am fost operat în nas, în repetate rânduri, crezându-se că spina iritativă este nazală, tratamentul cu aur „Lopion" mi-a redat viaţa.

Voi încerca să expun gravitatea formei de care am suferit, starea în care ajunsesem şi miraculoasă eficacitate a „lopionului", acolo unde niciun tratament nu adusese vre-o ameliorare.

Niciun medic nu mi l-a prescris; întâmplător l-am găsit în revista Clinique et Laboratoire No. 5/39, unde se recomandă aurul în asthmele tuberculoase.

Epuizând gama medicamentelor recomandate în asthm, fiind cu trupul istovit, cu 20 kg. pierdute, moralul distrus, crize zi şi noapte de luni de zile, am încercat aurul ca ultimă speranţă.

Efectul a fost miraculos.

Foaia de observaţie:

D-r T. L. de 39 ani.

A. H. C., părinţi şi fraţi sănătoşi. Tatăl a avut în tinereţe accese de dispnee paroxistică (?).

Nimic tuberculos în familie.

Toţi copii născuţi de mamă (7) trăesc.

A. P. In copilărie frequente amigdalite. La 18 ani reumatism poliartic acut, cu recidive.

In 1926 angină difterică.

Intre 1921-31 rhinofarnigită cr. hipertrofică. In 1931 scarlatină, fac boala serului sub o formă brutală, erupţie generalizată, stare lipothimică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In 1936, lithiază renală bilat. In 1936 amigdalectomie.

In Maiu 1940 edem gelatinos al vălului palatului prin ingerare de aspirină. Dispare prin adrenalină şi calciu.

Istoric. In Decembrie 1940, operat pentru polipi nazali. După circa o lună, în cursul nopţilor, către ora 24, mă trezeam din cauza unei tuse spasmodice, care dura circa 30 minute, apoi dormeam până la ziuă. Nimic în restul zilei. „Tusa se repeta regulat în fiecare noapte, prelungindu-se până la mai multe ore. Cu expectoraţie chiar în timpul tusei, o spută albă-griaerată, care nu-mi aducea nicio ameliorare. Expectorantele şi calmantele tusei nu-mi ajutau.

Odată cu tusea a apărut o jenă în respiraţie, manifestată prin nevoia de aer. Imi făcea impresia că aerul nu merge decât până la jumătatea plămânilor. Faţa devenea lividă. Stare de anxietate, tusă şi expectoraţie.

Mai târziu mi-am dat seama că sunt accese de asthm.

In luna Martie 1941, în afară de crizele rezultate nocturne, surveneau şi altele în cursul zilei, la ore neregulate.

Am pus totul pe seama unei spine iritative nazale, fiind convins că în nas se mai găsesc polipi.

Adrenalina „per os" nu-mi-a adus nicio ameliorare şi nici ephetonina.

Accesele devenind prea puternice de seara până dimineaţa cu stare vădită de asfixie, am fost nevoit să recurg la injecţiuni cu asthmosedin.

Criza a fost tăiată imediat, aproape instantaneu, urmată de un mare frisson şi apoi transpiraţie profuză.

De atunci nu m'am mai putut dispensa de acest medicament pentru multe luni de zile.

Ajunsesem să fac câte 7-8 injecţii pe zi.

In spută se găseau cristalele lui Charcot Leyden şi numeroase eosinofile. In sânge eosinofila între 7-11%.

Mi s'a prescris iod şi ephetonin, dar fără rezultat.

Crezând că tot nasul este cauza, m'am internat în spitalul Colţea, unde am fost din nou operat pentru polipoză nazală.

Totuşi boala se agrava.

Eram veşnic în crize de asthm, faţa lividă, buzele vinete, respiraţia grea şi zgomotoasă, starea de anxietate, tusă. Ajunsesem să port asupra mea o siringă cu astmolizin.

După 2 săptămâni am plecat la Sibiu, unde d-l Prof. D-r Buzoianu mi-a scos septul nazal, mi-a curăţat ethmoidele de polipi, mi-a scos o sinechie a cornetului infr. drept cu septul.

Nu ştiu cărei cauze, poate pansamentelor cu adrenalină făcute zilnic sau poate autohemoterapiei masive produsă prin sânge ingerat, în timpul operaţiei, au făcut ca timp de 20 zile să nu apară, crizele de asthm.

In acest timp aveam o nelinişte nocturnă, mă trezeam regulat către ora 2 cu o tusă şi o nervozitate ca la începutul boalei, simţeam că boala reapare.

Mi s'a prescris şi am făcut: reticulină, ephetonin, clorură. Am încercat aerul diferitelor localităţi, şes sau munte. Am consultat mulţi medici pe unde am fost. Greutatea corporală scăzuse cu 20 kgr.

Am ţinut tot felul de regimuri, chiar ajunam câte 48 ore, fără cea mai mică ameliorare.

Am făcut apoi auto-hemoterapie, calciu intravenos, am luat sirop antiasmatic Ifar, iminol, diodtirozina, sterandryl, erugon, campolon, ephetonia pastile şi pulverizaţii în nas, torantil „per os" şi injecţiuni. Singurul tratament cari mi-a adus o uşoară ameliorare a fost vitamina C. intravenos 2-400 miligr. pe zi. Serul antiasmatic Hechel mă liniştea pentru un timp limitat.

In sanatoriul militar „Elena Eraclide" mi se făceau inj. calciu, glucoză 20%, iod cu ephetonin şi desensibilizări intrademice cu Histadimilli.

Văzând aceste insuccese am încercat şi Govora unde am făcut pulverizaţiuni şi aer comprimat.

După 13 zile, simţindu-mă şi mai rău am fugit.

In maşina cu care m'am dus la Bucureşti, căci cu trenul nu mai puteam călători, am făcut 3 astmosedine.

Am făcut radioterapia splinei, mediastinului şi teleradioterapie în numerar de 11 şedinţe. In acelaş timp făceam şi inj. intradermice cu peptonă 25%.

Mi s'a recomandat „Paspat" din care am făcut 10, tratament ce-mi da reacţie generală, era dureros, neplăcut şi fără rezultat pentru mine.

Mai rămăsese de făcut şocurile insulinice pe care le lăsam în extremis.

Eram părăsit de toţi medicii. Serviciul nu-l mai puteam îndeplini, abia mai puteam sta în picioare, iar faţa îmi era cadaverică.

Din întâmplare dau peste un număr al revistei Clinique et laboratoire de D-r Jacqulin, în care se recomandă aurul în asthmele tuberculoase.

Deşi n'am crezut în origina tuberculoasă a astmului meu, am încercat totuşi şi aurul ca o ultimă speranţă.

Incep „lopionul" intravenos şi ajungând la a 4-a injecţiune, apare minunea ca să treacă câteva zile fără crize ceeace nu se mai întâmplase din luna Maiu 1941, acum fiind în Septembrie.

Odată cu aurul urmam şi radioterapia şi ajunsesem la a 19 injecţie de peptonă intradermică.

Am crezut că ameliorarea se datoreşte aplicaţiunilor de raze pe splină şi mediastin şi fiindcă razele şi aurul sunt deglobulizante, am hotărât să suprim aceasta din urmă, ca fiind fără valoare.

Abia trec două săptămâni dela ultima injecţie cu aur şi crizele îşi reiau intensitatea. Atunci opresc razele şi peptona şi fac numai aur.

Spre suprinderea şi fericirea mea văd că aceste crize se răresc micşorându-şi intensitatea.

Radiografia pulmonară, făcute în clinica d-lui Prof. D-r Negru, arată pulmonii radiologiceşte normali.

B. Koch în spută absent. Continui „Lopionul" regulat săptămânal, oprindu-mă la 3 gr. 80.

In timpul tratamentului cu aur starea generală se îmbunătăţeşte, greutatea corporală urcă, faciesul rozat, apetit normal.

Analizele făcute în timpul crizelor au dat:

In spută corpusculii lui Charcot — Leyden şi eosinifile.

In sânge leucocitele au variat între 14.600—6.000, eosinofile 7-11%.

Globulele roşii 3.800.000—4.800.000.

B. Waşs în sânge negativ.

Azotemia 0.20 (Kovalski).

Colesterina 2.16 gr. iar glicemia 1.15. Eliminarea hormonului gonadotrop hipofizar este moderat scăzută. Eliminarea hormonului masculin este normală.

Metabolismul bazal + 0,11% (D-r Milcu).

Nimic cardiac.

Aurul a fost perfect tolerat —

Timp de aproape 2 ani, nu am mai avut nicio criză asthmatică. Totuşi la oboseli ori fără cauză vizibilă, simţeam o greutate în respiraţie, acest fapt mai mult la început imediat după tratamentul cu aur.

In Oct. 1943, reîncepe starea de asthm, ceva mai brutal ca la apariţia boalei.

După câteva zile de tusă, insomnie şi sufocări reiau tratamentul cu „Lopion". La a 3-a injecţie totul se calmează. Am vrut să nu mai continui tratamentul, crezând că voi fi lăsat în pace. M'am înşelat; crizele au reînceput.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Reiau tratamentul şi după câteva injecţii totul se normalizează.

Deci, este vădit că numai aurul este acela care a putut opri crizele mele de asthm.

Tratamentul îl urmam în felul următor: săptămânal făceam câte o injecţiune intravenoasă cu „Lopion" începând cu 0,01 ctg. apoi 0,05, două — trei injecţiuni; 0,10 ctg. circa 6-7 injecţiuni şi 0,25 ctg. repetate până la doza în jurul a 3 gr...

Mi s'a obiectat că nu poate fi vorba, în cazul meu, de asthm tuberculos, căci şi aurul este un tratament de Şoc. Nimeni nu mi l-a recomandat şi este în acest caz singurul tratament de şoc care mi-a dat rezultate satisfăcătoare şi cred că trebueşte încercat la toţi bolnavii astmatici la cari alte tratamente nu dau rezultate.

Sunt 4 ani dela primele crize astmatice. Crizele au dispărut complet. Eforturile însă fac să reapară o stare de nelinişte greutate în respiraţie şi teama de a nu le face să apară mă face să evit eforturile; chiar drumul până la spital, deşi aproape, îl fac cu trăsura.

Trăind astfel, crizele astmatice nu au mai reapărut. Alimentaţia nu a influenţat cu nimic.

Observ. 2. — Intre timp se prezintă la consultaţiuni P. T., de 31 ani, cu o stare de dispnee permanentă care durează de aproape 2 ani.

A fost diagnosticat ca astm bronchic şi supus tratamentului.

Toate medicamentele au fost ineficace, exceptând serul antiasmatic. Heckel cari îi aducea o stare de bine în ziua când îl făcea, pentru mai multe ore.

Examinându-l, am constatat: faţa lividă, cu o dispnee permanentă, respiraţia sgomotoasă, toracele globulos, mobilitatea toracică diminuată. Pulmonii, plini de raluri sibilante, murmurul vezinilor diminuat. Tuşea des şi expectora alb aerat. Orice efort îi era imposibil, abia umbla.

Din cauza acestei boale n'a fost luat în concentrare.

I-am propus tratamentul cu „Lopion", prescriindu-i 5 injecţiuni, ca în cazul de rezultat bun să-i prescriu întreg tratamentul.

Bolnavul vine să-mi povestească marea îmbunătăţire survenită după a 4-a injecţie şi mă roagă să-i prescriu şi celelalte injecţii.

Bolnavul se găseşte în prezent cu 2.50 gr. aur făcute şi într'o stare de sănătate admirabilă.

Il s'agit d'une auto-observation d'asthme avec crises subintrantes, qui pendant plusieurs mois, n'a pu être influencée par aucun traitement antiasthmatique. La sel d'or „Lopion' 'a fait disparaître les crises et guérir l'asthme, après seulement 2 séries d'injections intraveineuses.

Es ist die Rede von einer Selbstbeobachtung von Asthma mit Unterintranten Krisen, welche während mehrere Monate durch keine antiasthmatische behandlung beeinflusst werden konnte.

Das Gold-Salz „Lopion" behoh die Krisen und heilte das Asthma mit nur 2 Serien intravenosen injektionen.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul de Stat-Târgovişte

CONSIDERAŢIUNI IN LEGĂTURĂ CU UN CAZ DE TURBARE DECLARATĂ DUPĂ APLICAREA VACCINĂRII PREVENTIVE

de

D-r MINUŞ MUSTĂCIOSU şi D-r IOAN V. POPESCU

Bolnavul D. I. în vârstă de 35 ani este adus la spital în dimineaţa zilei de 17 Martie 1946, ora 6 pentru: greaţă, vărsături, agitaţie şi stare generală proastă.

Istoric: Boala a început în seara zilei de 15 Martie, după ce mâncase. A debutat cu vărsături, ceea ce făcea pe bolnav să susţină că s'a intoxicat cu ouă. Inainte cu 2 zile a prezentat dimineaţa uşoare ameţeli, care s'au intensificat şi la care s'au adăugat greaţa şi vărsăturile alimentare şi bilioase. Cu toate acestea, bolnavul a continuat să-şi îndeplinească funcţiunea sa. Greaţa şi vărsăturile bilioase s'au menţinut şi în a treia zi dela debutul boalei.

Antecedentele personale: A fost bolnav de cataractă la ochiul drept. La 12 Febr. 1946, a fost muşcat de un câine de stradă, la buza superioară. Plaga adâncă şi anfractuoasă i-a lăsat o cicatrice vizibilă.

In cursul acelei zile s'a transportat la Institutul Antirabic Bucureşti, unde i s'a făcut o injecţie cu vaccin antirabic, tratamentul l-a continuat la centrul antirabic al spitalului de stat Târgovişte. A făcut 22 de injecţii cu vaccin a câte 5 cm. A lipsit distanţat de două ori, dar a făcut în continuare tratamentul pentru cele două zile absentate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Boala s'a declarat la 31 zile dela muşcătură şi la 8 zile după terminarea tratamentului.

Starea prezentă: Tip constituţional brevilin stenic. Are mersul nesigur şi o paloare pământie a segmentelor. Figura trădează nelinişte şi apare ca un om neodihnit.

Aparatul respirator: La examenul clinic nu se constată nicio modificare stetacustică. Insă când l-am culcat pe masa de examinat, a prezentat o oprire dureroasă bruscă în respiraţie. Avea o dificultate în respiraţie.

Aparatul digestiv: Avea greaţă şi vărsa bilios. Acuza în acelaşi timp o senzaţie de „gol" penibil în epigastru. Ficatul şi splina erau în limite normale, abdomenul nedureros.

Aparatul cardiovascular: Cordul în limite normale cu zgomote normale. Pulsul era puţin accelerat 92 p. m., slab şi în momentul când avea dificultate în respiraţie prezenta şi intermitenţe.

Aparatul urinar: Nimic deosebit.

Sistemul nervos: Echilibrul puţin nesigur. Starea de nelinişte, insomnie şi senzaţie de furnicături în membrele inferioare, senzaţie care pornea de jos şi urcau în sus. Reflexele rotuliene normale. Babinschi absent. Era febril 38°.

In sala de primire în urma examenului clinic, două ordine de manifestări predominau: a) Turburările gastrice: greaţă şi vărsături bilioase; b) Turburările nervoase: stare de nelinişte, tensiune nervoasă şi furnicături. Deoarece asupra tubului digestiv nu găseam o alteraţie organică evidentă

care să explice vărsăturile şi nici asupra celorlalte aparate nu existau alteraţiuni care să explice tabloul clinic în ansamblul său, ne-a făcut impresia că ne găseam în faţa unui caz, care prezenta o atingere a sistemului nervos şi reamintindu-ne în acel moment că nu de mult făcuse tratament antirabic, am presupus că este vorba de turbare şi am oferit bolnăvului să bea: i-a fost imposibil. Acest semn a întărit prezumţiunea noastră pe care am comunicat-o anturajului cu oarecare rezervă, aşteptând să vedem cum va evolua.

Am internat bolnavul şi i s'a făcut de urgenţă formula leucocitară care a arătat: 12.600 leucocite; 80% polinucleare neutrofile; 2% eozinofile; 13% limfocite; 3% monocite; ceea ce cadra cu diagnosticul de prezumţie.

Evoluţie şi tratament: In cursul zilei de 17 Martie 1946, greaţa şi vărsăturile bilinoase s'au repetat. Dificultatea în respiraţie şi hidrofobie s'au accentuat. Are accese de furie, nemulţumit că nu i se face un tratament salvator, observând că îi este tot mai rău. Perioadele de linişte şi luciditate perfectă sunt tot mai des întrerupte de accese de turbare, cu contracturi musculare, tremurături generalizate, cu turburări în ritmul respiraţiei cu ţipete şi mai târziu urlete puternice, cu insomnie şi halucinaţii. După ora 23, fenomenele de excitaţie motorie şi psihică s'au intensificat foarte mult. Are salivaţie abundentă, spumoasă, ce se scurge prin comisura labială.

In primele ore ale zilei de 18 Martie nu mai poate fi adus în stare de luciditate. La ora 4 dimineaţa intră în perioada paralitică cu paralizii flasce ale tuturor muschilor — comă, şi sucombă la ora 7 dim. în a 4-a zi dela debut.

In timpul spitalizării i s'a administrat de repetate ori morfină dilaudid, clisme cu cloral.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din foaia de observaţie se constată că, în acest caz, sunt demne de reţinut unele elemente, care ne-au determinat să facem această comunicare.

1) Este o turbare care s'a declarat după applicarea tratamentului preventiv complet, instituit chiar din prima zi de muşcătură.

2) Este un caz în care au predominat turburările gastrice; greaţa şi vărsăturile.

3) A provocat în judeţ un proces psihologic de mare importanţă în lupta pentru tratarea preventivă a turbării.

Să trecem la analiza fiecăruia din punctele de mai sus.

2) Din expunerea cazului se constată că boala s'a declarat la 8 zile dela terminarea tratamentului, deci înainte de a se fi instalat imunitatea, care, după cum a stabilit Pasteur, survine după 15 zile dela terminarea inoculărilor antirabice. Ori, în cazul de faţă trecuse numai 7 zile, timp insuficient pentru ca organismul să fi fost imun. Aplicarea şi terminarea tratamentului nu înseamnă că pacientul este în afară de orice pericol, deoarece mai trebuesc încă 15 zile dela terminare pentru a se imuniza organismul, întrucât tratamentul se face cu vaccin şi nu cu ser antirabic.

Cazul de faţă intră în categoria „Mortalităţii globale" de 0,27% şi nu în categoria „Insucceselor", prin care se înţeleg cazurile mortale survenite după 15 zile dela terminarea vaccinării, când organismul trebuie să fie imunizat.

După constatările D-lui D-r Dimitrie Ionescu — majoritatea celor din categoria „mortalitatea globală" sucombaţi înainte de termenul de 15 zile necesar instalării imunităţii; sunt pacienţi muşcaţi la faţă ca şi cazul nostru, care a prezentat o plagă adâncă şi anfractuasă la buza superioară, formaţie anatomică cu bogată reţea de fire nervoase, ce au permis scurgerea rapidă a virusului rabic la creer. Succesul vaccinării preventive antirabice depinde de sediul plăgii fiind o adevărată cursă de întrecere între viteza cu care virusul rabic înaintează spre encefal şi între creearea stării de imunitate a organismului. In cazul de faţă sediul plăgii, caracterele ei şi structura anatomică au permis virusului rabic să invadeze creerul mai înainte de a se instala imunitatea.

b) Greaţa şi vărsăturile bilioase pot fi întâlnite printre simptomele din perioada prodromală a boalei. In cazul expus turburările digestive: greaţa şi vărsăturile au ocupat un loc important în simptomatologia boalei. Boala a debutat prin greaţă şi vărsături violente îndată după masa de seară, care s'au repetat şi în cursul zilei următoare de foarte numeroase ori şi s'au manifestat până spre seara celei de a treia zi de boală, în plină perioadă de stare cu spasme şi excitaţiuni. Aceste turburări digestive violente puteau preta la o eroare de diagnostic cu o afecţiune gastro-hepatică, eroare pe care o făcuse un alt medic ce-l examinase înainte de a se prezenta la spital, deoarece în timp ce turburările digestive, greaţa şi vărsăturile dominau scena, spasmele şi excitaţiunile erau mai puţin evidente. Aceste turburări digestive s'au menţinut în plină perioadă de stare. Ele trebuesc cunoscute pentru a li se da semnificaţia cuvenită în momentul diagnosticului diferenţial, mai ales dacă bolnavul se prezintă la scurt interval după debutul boalei, când semnele caracteristice (hidrofobia şi aerofobia) nu sunt evidente.

3) Bolnavul nostru, fiind cunoscut în judeţ, cauza morţii sale a provocat senzaţie şi a impresionat adânc populaţia. Acest fapt putea să ducă la o atitudine negativă sau la una pozitivă faţă de eficacitatea tratamentului antirabic. Spre mulţumirea noastră şi interesul sănătăţii publice foarte mulţi oameni muşcaţi de câini, de mai multe zile sau săptămâni, care până atunci ignoraseră tratamentul antirabic s'au prezentat la Centrul Antirabic Judeţean şi au cerut să le facem tratament. Teama de moarte, teama de o boală fără leac i-a determinat să vină la tratament. Din ancheta făcută asupra celor cari solicitau vaccinarea şi care până atunci nu se prezentaseră am stabilit că două au fost motivele pentru care nu veniseră la tratament până atunci:

a) La unii stare de inerţie şi de bizuire pe şansa de a nu fi fost muşcat de un câine bolnav de turbare.

b) Alţii însă nu se prezentaseră la tratament pentru că locuiau prea departe de oraşul Târgovişte şi nu avea posibilitate să vină zilnic la tratament sau să plătească internarea în spital. Cazul acelora din urmă ridică importante probleme de ordin practic în legătură cu aplicarea tratamentului antirabic şi impune luarea unor măsuri care să înlesnească întregei populaţii accesul la tratament.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La noi în țară prin legea No..... s'a făcut descentralizarea serviciilor antirabice creindu-se centre antirabice județene. Practic arătat și cazurile noastre o confirmă, sunt încă oameni cari pentru considerente de ordin material ca și de serviciu nu se pot deplasa nici chiar în capitala județului.

Deaceea, lărgirea descentralizării serviciilor antirabice, cu creearea de subcentre județene în localitățile mai importante mai ales cele care posedă un spital mixt, ni se pare că ar înlătura inconvenientele de mai sus, dând posibilitate tuturor celor mușcați să facă tratament fără a-și neglija ocupațiile și neavând în schimb niciun desavantaj. Fiecare subcentru județean își va procura vaccinul direct dela Institutul antirabic cel mai apropiat, ca și centrul județean, rămânând obligat a înainta lunar sau trimestrial tabelele statistice către centru antirabic județean.

Mânuirea și aplicarea tratamentului antirabic nu necesită cunoștinţe speciale deosebite. Orice medic își poate însuși normele de aplicarea tratamentului antirabic. Putem afirma, fără nici-o greșeală, că aplicarea corectă a tratamentului arsenical antisifilitic necesită mai multă grije și mai multe cunoștinţe decât vaccinația antirabică și totuși prima este executată nu numai de medici, dar chiar și de sanitari. Avem astăzi un vaccin antirabic transportabil, care ținut la o temperatură răcoroasă, își păstrează mai multe luni eficacitatea. In județul nostru pe lângă centrul antirabic județean din Târgoviște s'ar mai putea creia încă trei-patru subcentre județene la spitalele mixte din Găești, Voinești, Pucioasa și Pietrosița, toate având legături zilnice cu București.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In județul Teleorman, care are un singur Centru antirabic la cel mai extrem punct al său, Turnu-Măgurele, foarte greu accesibil pentru cele mai multe localități și sate din județ s'ar putea creia subcentre la Zimnicea, Alexandria, Roșiori de Vede, Deparați, la spitalele mixte din aceste localități.

Având în vedere avantagiile materiale care ar rezulta pentru pacienți pe de oparte și ținând seama pe dealtă parte că mulți dintre cei mușcați de animale s'ar hotărâ mai ușor să vie la tratament când ar avea în apropiere un subcentru de tratament, ce ar constitui prin sine un adevărat factor de propagandă, supunem sugestia de lărgirea descentralizării serviciilor antirabice forurilor superioare competinte, pentru a studia și aplica dacă, după cum am arătat noi, o găsesc că nu prezintă niciun desavantaj și numai avantaje.

Spitalul „Pavel şi Ana Cristea", Bacău

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE PNEUMONIE LOBARA CU MENINGITA CEREBRO-SPINALA ACUTA

de

D-r EUGENIA STRĂCHINESCU
Medic secundar

Pneumonia francă lobară, prin freqvenţa cu care se întâlneşte prin spitale şi prin mănunchiul de simptome caracteristice, nu prezintă nimic deosebit.

Aspectul clinic pe care îl au însă unele cazuri, cu complicaţiile variate ce se adaogă, constitue nota de originalitate care le scoate din obişnuit, punând anumite probleme de diagnostic diferenţial ce sunt mai dificile de cum s'ar părea.

Cazul de faţă, prin aspectul clinic şi evoluţia ce o are, constitue o formă de pneumonie mai rar întâlnită; pentru aceasta ne-am hotărât să-l prezintăm.

Bolnava S. Ecaterina, de 54 ani, se internează în serviciul medical al Spitalului „Pavel şi Ana Cristea" Bacău, la 14 N-brie 1945, pentru dureri toracice, tuse cu expectoraţie purulentă foetidă şi astenie pronunţată. Tumefacţie dureroasă a articulaţiei genunchiului drept.

Antecedentele heredo-colaterale fără importanţă.

Antecedentele personale: neagă maladiile contagioase sau venerice. Menstruată la 14 ani, menstre normale, a avut două naşteri la termen. Şapte copii sunt sănătoşi, doi au murit la 2—3 luni dela naştere cu turburări intestinale. De doi ani, bolnava în urma unor supărări, are palpitaţii, oboseşte uşor când face un efort, uneori acuză un junghiu în hemitoracele stg. şi tuse uscată. A scăzut în ultimii ani în greutate.

Istoric: Acum o lună, maladia a debutat brusc în cursul nopţii cu frisoane, cu junghiu puternic în hemitoracele drept însoţit de dispnee, transpiraţii abondente şi herpes nazo-labial. Tuşeşte la început sec, apoi cu spută sanguinolentă. La fenomenele pulmonare se adaugă dureri în tot corpul, mai vii dealungul coloanei vertebrale şi membrelor inferoare. Junghiul din hemitoracele drept se menţine, deşi treptat devine mai difuz şi de intensitate mai mică. Bolnava declară că avea temperatură, inapetenţă, constipaţie şi astenie progresivă; după două săptămâni se adaogă turburări digestive traduse prin dureri vagi abdominale şi scaune diareice. Cam la o săptămână apare tumefacţia articulaţiei genunchiului drept însoţită de dureri spontane provocate prin mişcări.

Starea prezentă: Bolnava de 54 ani, febrilă 39 grade, de înălţime mijlocie, prezintă debilitate generală, paloare accentuată a tegumentelor, ţesutul celular subcutanat redus, dar mai ales primul lucru ce ne isbeşte este haleina mirositoare.

Pulmonar: La percuţie submatitate la vârful pulmonar drept până la unghiul omoplatului. La palpaţie transmiterea vibraţiilor se face mai cu uşurinţă la acest nivel comparativ cu regiunea simetrică din hemi-toracele stâng.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La ascultaţie toată această regiune e acoperită de raluri subcrepitante de diferite mărimi atât în inspir cât mai ales în expir.

De asemeni câteva raluri sibilante. La vârful axilei respective suflu tubar şi numeroase raluri subcrepitante fine. Subclavicular drept, murmurul vezicular uşor diminuat. Tuşeşte şi expectorează o spută muco-purulentă şi foetidă. Uşoară dispnee. 24 respiraţii pe minut.

Cordul, în limite normale. Vârful bate în spaţiul V. intercostal. Bătăi regulate frecvente. Puls 112. Tensiunea arterială 12,8 (Vaquez).

Digestiv: Herpes pronunţat în jurul gurei, care se întinde şi la orificiul nazal stg., limba saburală, inapetenţă, sete, halena mirositoare. Scaune diareice 3—4 la zi. Materiile fecale uşor decolorate.

Ficatul în limite normale.

Splina percutabilă.

Abdomen suplu uşor sensibil, difuz.

Uro-genital: Micţiuni normale. Amenoreică de 8 ani.

Sistemul neuro-psihic: Uşoară cefalee. Reflexele osteo-tendinoase normale.

Sistemul osteo-articular: La examenul articulaţiei genunchiului drept se observă mărirea de volum a acesteia, tegumentele netede, lucioase, întinse, de coloraţie normală. Ţesutul celular subcutanat infiltrat. Presiunea degetului produce semnul godet-ului. Bolnava acuză dureri vii la presiune mai ales pe condilii femorali. Mişcările nu se pot executa din cauza durerilor atroce.

Prin puncţia articulară se extrage un lichid uşor opalescent.

Examene de laborator: In urină urme de albumină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Viteza de sedimentare accelerată: 24 după o jumătate de oră, 54 la o oră, 70 la o oră şi jumătate şi 82 la două ore.

Reacţia B. Wass. şi Citochol negative.

Examenul bacteriologic al sputei, direct în frotiu ne indică micrococi, diplococi cataralis, bacili cutanaţi, bacili fuziformi, pneumococi, stafilococi, streptococi, bacili gram-pozitivi şi bacili filamentoşi.

Radioscopia pulmonară din 16 N-vrie ne indică o opacitate omogenă a lobului superior drept.

Se instituie tratamentul care constă în rgim lactat, alcool 33% i. venos, cibazol per os, tonice vasculare şi expcetorante.

Evoluţia boalei: Temperatura scade în lizis, concordanţa cu pulsul variază. Semnele stetacustice se menţin.

16/11, spre seară bolnava e somnolentă.

17/11, dimineaţa, bolnava se plânge de dureri în regiunea cefei.

Remarcăm la acest nivel redoare discretă. Temperatura dela 37,3 dimineaţa se ridică la 37,7 seara.

18/11, temperatura se urcă brusc la 39,5 cu un puls de 90, deci vădită bradicardie relativă.

Starea de somnolenţă din ajun se menţine.

Bolnava e în decubitus lateral, în poziţia — uşor schiţată — în cocoş de puşcă. Redoarea cefei se accentuiază, de asemeni cefalee; apare rigiditate în membrele inferioare, mai întâi apoi se instalează la nivelul membrelor superioare. Bolnava opune rezistenţă la încercarea noastră de a mobiliza articulaţiile. Reflexele rotuliene exagerate, sensibilitatea dureroasă obtuză la mem-

brul inferior stg., abolită la dreptul. Reflexele plantare normale. Cele cutanate abdominale absente. Schiţează Kernig. Reflexele pupilare normale.

Bolnava nu mai răspunde la întrebări. Prin puncţia lobară se extrage un lichid cefalo-rachidian opalescent. Preşiunea normală. La examenul bacteriologic a lichidului direct în frotiu şi prin culturi se constată prezenţa abondentă a pneumococului.

In dimineaţa de 19 N-brie, bolnava sucombă deci în a 6-a zi dela venirea în spital şi la 5 săpt. dela începutul bolii.

Din punct de vedere clinic debutul maladiei ne îndreptăţea la intrarea în spital să ne gândim la o pneumonie. Aspectul sub care se prezenta la examenul fizic, cu focarul de condensare ce se percepea mai uşor în axila dreaptă ne făcea să presupunem o congestie pulmonară fie de natură bacilară dat fiind evoluţia prelungită şi reacţia termică deajuns de slabă, fie de natură banală, care s'ar fi complicat de o infecţie secundară, dată fiind halena şi spută foetidă. Pe o congestie sau o pneumonie lobară iniţială s'ar fi putut greţa un abces pulmonar. Cu tot aspectul emaciat şi starea generală alterată a bolnavei, lipsesc însă caracterele principale: abondenţa sputei cât şi existenţa straturilor caracteristice. Deasemeni imaginea radiologică nu pledează pentru abces pulmonar.

Intr'o broncho-pneumonie, fie ea numai în forma pseudo-lobară, ar fi trebuit să percepem raluri subcrepitante la care se adaogă sibilanţe şi ronflante ce trădează o diseminare în ambii pulmoni, cu predilecţie într'un lob oarecare. Debutul însă mai rar e atât de solemn, apoi lipseşte în cazul nostru dispneea vie din broncho-pneumonie, starea de adinamie şi curba termică, caracteristică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diagnosticul nostru clinic se confirmă prin evoluţia pe care o ia pneumonia cu tendinţa la diseminări de focare septice în articulaţia genunchiului drept, (regretăm că nu s'a putut face examenul bacteriologic al lichidului extras din articulaţie), la nivelul intestinului şi probabil al pancreasului ce se trădează prin scaune diareice şi deasemeni prin meningita cerebro-spinală ce aduce după sine sfârşitul loetal.

Confirmarea ne-o aduce şi examenul radiologic care ne arată lobul superior drept — cu toată infecţia supraadăogată — cu opacitate omogenă caracteristică infecţiei pneumonice.

Deasemeni examenul lichidului cefalo-rachidian, unde avem pneumococi în cultură pură.

Este o formă septicemică de pneumonie lobară francă *) care se întâlneşte mai rar şi care numai pe un organism debilitat poate evolua cu localizări multiple: în lobul superior drept, la nivelul tubului digestiv, în articulaţia genunchiului drept, localizare cu care intră în spital şi care ar fi mers probabil spre supuraţie, dacă nu întrerupea evoluţia bolii meningita cerebro-spinală care a adus desnodământul fatal.

---

*) Prof I. Haţieganu îi dă denumirea de „Pneumonie astenică".

UNIVERSITATEA CLUJ

Clinica de Psichiatrie-Bucureşti
Director Prof. D-r C. I. Urechia

AUTOMATISM AMBULATOR CU PERVERSIUNI MULTIPLE

de

Prof. D-r C. I. URECHIA, DEM. PAULIAN şi I. MINCIU

Cazurile de automatism ambulator deşi relativ rare, constituesc un capitol clinic bine cunoscut.

Cazul ce prezentăm, are însă câteva caractere ce ies din comun, atât prin unele simptome, cât şi prin mecanismul său intern.

P. N. de 29 ani, fost student.

In antecedentele sale ereditare, o ereditate nevropatică congestivă: tatăl mort în urma unei hemiplegii drepte cu afazie; mama în urma unei hemiplegii stângi. Un frate al mamei cu o fază de mutism, a murit cardiac. O soră a mamei, moartă de asemenea cu hemiplegie. Tatăl cu caracter ciclotimic, violent, sever, hipersexual. Mama blândă, sociabilă, cu caracter sinton.

Trei fraţi şi două surori sănătoşi, fără nimic anormal.

Bolnavul născut la termen, fără niciun accident obstetrical. Malarie, oreillon, pleurezie, în prima copilărie. Apendicită operată la 20 de ani. A avut un sifilis ignorat, descoperit mai târziu.

Bolnavul care e ultimul copil al familiei (al 7-lea) s'a născut în timpul unui bombardament. La 9 ani a început masturbaţia pe care a continuat-o până la 18 ani, făcând excese în diferite timpuri. La 18 ani, contacte sexuale, care în urmă alternau cu masturbaţie.

Căsătorit la 23 ani, soţia a avut avorturi şi are un copil sănătos.

Cu un an în urmă, un traumatism cranian, cu ocazia unei tentative de sinucidere.

Dela 19 ani, tendinţe homosexuale, cu note de pacdofilie, pe care însă nu le ducea până la sfârşit.

A învăţat bine, a fost şi premiant, a fost student doi ani. Nu uzează obişnuit de alcool, însă în fazele de automatism, are o stare de dipsomanie.

Până la 10 ani a dus o viaţă aproape normală. La această etate însă, apar idei de scrupul şi de reproş din cauza onaniei şi nutreşte ideia suicidului. Cum era foarte religios, se temea foarte mult de mama sa, se reţinea; şi după o luptă obsesivă cu sine însuşi, se hotărăşte după 3 luni a se călugări. Se duce la Mânăstirea Bistriţa, unde a prezentat o stare de obnubilare de aproape o lună. Isi revine, se clarifică şi este luat acasă de familie. Nu-şi aminteşte de drumul făcut până acolo, iar din timpul petrecut la mânăstire, are amintiri confuze şi lacunare.

Până în toamna anului următor, în afară de o stare depresivă cu izolare de lume, nu are nimic. In Oct. însă, face o fugă de 14 zile, despre care are o amnezie totală. Este găsit de nişte prieteni dormind într'un şanţ şi este adus acasă.

In anul următor, o nouă fugă. Dela 22 de ani, crizele se repetă de două ori pe an, primăvara şi toamna, ţinând în medie 15—20 zile; când îşi revine, prezintă o amnezie complectă sau o amintire parţială a celor petre-

cute în acel timp. Se pare că în timpul crizelor, hoinărea dormind pe unde putea: pe câmp, în şanţuri, mâncând ce putea, ajungând murdar, neglijent, rupt, extenuat. Cam tot în acest timp avea şi preocupări hipocondrice.

La 23 ani se însoară, — dar acest regim nu l-a modificat întru nimic şi la patru luni se separă, prezentând o impotenţă sexuală. Fuge apoi în timpul serviciului militar şi este reformat.

Descori fugile apăreau brusc şi în graba cu care pleca pierdea banii, îmbrăcămintea, efectele militare; iar apoi pentru a putea exista se împrumuta cu bani, îşi vindea lucrurile de pe el. De multe ori în acest timp avea şi idei de grandoare.

O altă turburare ce apărea mai cu seamă în timpul crizelor, era perversiunea sexuală. Dela 18 ani deja a început să aibă o atracţie puternică pentru băieţii între 9—11 ani, precum şi pentru bărbaţii frumoşi sau afemeiaţi.

In timpul automatismului, aceste impulsiuni se exagerau şi ajungeau la fapte, consistând în raporturi sexuale incomplecte cu copii. In acelaşi timp avea şi sodomie, constând în raporturi sexuale cu vaci, căţele, iepe, oi. In ultimul timp, aceste fugi durau mai mult de o lună. De multe ori avea şi exibiţionism, pacientul urinând sau exhibându-şi membrul în faţa persoanelor ce constituiau obiectul tentaţiunilor sale.

O altă impulsiune consta în dipsomanie ce o prezenta numai în decursul crizelor.

De patru ani, prezintă în plus idei obsesive de omucidere şi în special magnicide. Crima l-ar tenta din punct de vedere sadic, cât şi pentru a atrage atenţiunea publică şi a se impune. Aşa l-au tentat Regele Carol al II-lea, Călinescu, Antonescu. Imaginaţia lui se înflăcăra şi inspira din diferite crime citite din ziare, căutând să găsească mijloace cât mai rafinate şi mai senzaţionale în comiterea crimei, pentru ca să se evidenţieze.

El mai prezintă în plus un evident complex de inferioritate, precum şi turburări vegetative ca transpiraţiuni abundente, vertigii, cefalee, paloarea sau roşeaţa feţei etc.

In 1944, a avut puncţia pozitivă şi a fost impaludat la Jimbolia, după care puncţia s'a negativat.

In N-brie 1945, o nouă fugă, plecând dela Govora la R.-Vâlcea şi ajungând după o lună la Piteşti, unde îşi revine la conştiinţă. In timpul acestei fugi cât şi al altora, are mici intervale de luciditate mai mult sau mai puţin însemnate.

In serviciul nostru nu prezintă nimic anormal din punct de vedere organic. Pupilele sunt egale, cu reacţiile la lumină şi distanţă, păstrate. Reflexele sunt normale. Puncţia lombară e negativă.

Din punct de vedere psihic, bolnavul declară că se găseşte în acalmie. Descrie cu jenă cele întâmplate, le regretă şi doreşte a se vindeca şi e obsedat până la un punct de acest lucru. El luptă pentru a scăpa de obiectul pasiunilor sale, dar e suficient să vadă pulpele sau coapsele unui animal frumos sau al unui copil, pentru ca să aibă tentaţiune. Când obiectul dispare din faţa lui, imaginea îl urmăreşte pentru câtăva vreme.

Are admiraţie pentru personalităţile culturale şi ştiinţifice.

Işi ia deseori pulsul, acuză astenie.

Din cauza perversiunilor sale, nutreşte idei de sinucidere şi ne-a dat

două pagini scrise în care spune: „sinuciderea mi se impune ca inerentă". In scrisoarea sa se constată oarecare incoherenţă, lipsă de dogmă şi o gândire încâlcită şi oarecare lipsă de coherenţă sau stil preţios sau cuvinte rău plasate.

Ne spune că înainte de fugi prezintă o stare de euforie cu uşoară logoree şi excitabilitate. Îşi lasă orice ocupaţie, face fuge şi obnubilarea conştiinţei.

E vorba prin urmare, după cum vedem, de un caz clasic de automatism ambulator, — la care însă se adaogă câteva fenomene puţin obişnuite sau neîntâlnite în acest sindrom: sodomia, dipsomania, tendinţă la omicid, homosexualitate.

Aceste impulsiuni şi perversiuni au un caracter obsesiv şi în faţa unora din aceste obsesiuni, ca homo-sexualitate sau omicidul, bolnavul luptă şi în timpul conştiinţei obnubilate.

Toate aceste fapte în ansamblul lor, ne arată că în acest automatism, există un mecanism psihogen. Debilii mintali şi degeneraţii superiori, pot face fugi perverse şi erotice.

Intr'un caz al lui Joffroy şi Dupouy, bolnavul avea tendinţă la fetişism matern şi faţă de sora sa. In cazul Julien, publicat de Odier, era vorba de o depresiune circulară cu anxietate, sentiment de inferioritate, impotenţă sexuală faţă de soţia sa, dar potenţă faţă de altele. Face o fugă când capătă bani, într'un cartier interlop, unde a fost în copilărie, face dipsomanie şi se întoarce acasă uşurat de complexele sale.

Face apoi accese asemănătoare. In aşa zisele fugi conjugale, din cauza dispareuniei, se pot întâlni asemenea automatisme.

Impreună cu Dl. Gh. Retezeanu, am studiat fugile din punct de vedere psihanalitic, ajungând la concluziunea că: majoritatea fugilor patologice aparţin degenerescenţei mintale; celelalte cauze ca: isteria, epilepsia, fiind mai rare.

Din punct de vedere psihanalitic, fuga se poate considera ca o reacţiune primitivă, inferioară sau instructivă, în funcţie de insuficienţa de reacţiune a bolnavilor faţă de conflictele din mediul interior psihic sau dintre acestea şi mediul social. Fugile sunt reacţiuni împotriva autorităţii paterne sau a echivalenţilor corespunzători acestei autorităţi (Vaterersatz), care derivă din disoluţiunea incompletă sau defectuoasă a complexului lui Oedip.

Automatismul se poate asocia cu alte impulsiuni, obsesiuni sau fobii. Aceste reacţiuni la rândul lor, pot fi substituite prin simptomul fugă, care în acest caz are o valoare compensatoare; o reacţiune impulsivă, obsedantă sau fobică, fiind înlocuită prin alta de acelaş ordin.

In cazul nostru, complexele sexuale apar la un examen superficial. Bolnavul are probabil şi un simţ de inferioritate, un complex al castrării sau un complex al lui Oedip.

In orice caz, observaţiunea de faţă, arată importanţa psihanalizei şi a complexelor sexuale sau de inferioritate, în mecanismul multor cazuri de automatism ambulatoriu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lecţie inaugurală

Facultatea de Medicină din Timişoara
Catedra de Clinică Medicală şi Semeiologie

„SIMŢUL CLINIC" [1])

de

Prof. D-r DUMITRESCU POPOVICI

. . . . . .

Fericit că pot şi pe această cale a arăta întregului Juriu recunoştiinţa mea; nu pot să trec fără a mă opri în special şi mărturisi întreaga mea gratitudine acelui care este succesorul în specialitate şi clinică al mult regretatului Profesor Theohari.

D-l Profesor Băltăceanu, căci de dânsul este vorba, m'a încurajat, m'a susţinut şi m'a recomandat cu atâta căldură — pentru această disciplină — cum nu o fac mulţi nici pentru proprii lor elevi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Profesorul Băltăceanu era poate cel mai indicat să-mi cunoască şi să-mi aprecieze activitatea ştiinţifică şi spitaliceească — pentrucă era elevul aceleiaşi şcoli şi tradiţii — continuată de toţi elevii marelui Mathieu în şcolile dela Vaugirard, St. Michel şi St. Antoine — şi la noi prin şcoala Prof. Theohari.

Şi cu atât rămâne mai profundă gratitudinea şi mai sinceră recunoştinţa mea — cu cât a făcut-o cu spontaneitatea şi dezinteresul întâlnit atât de rar astăzi.

Incomparabilului său prestigiu — datorez eu unanimitatea sufragiilor obţinute în comisia interuniversitară, ca şi cinstea pe care mi-a făcut-o D-l Ministru al Educaţiei Naţionale de a fi dat curs acestei recomandări.

* * *

Este tradiţia ca această lecţie inaugurală să fie consacrată unei probleme care preocupă conştiinţa medicală contimporană.

Să-mi daţi voe să mă abat dela această regulă generală şi să dezvolt în faţa Domniilor Voastre un subiect care a caracterizat o epocă şi care a făcut măreţia şi renumele clinicei medicale franceze.

---

1) Lecţie inaugurală ţinută în ziua de 14 Martie 1946.
Text — redus — din lecţiune.

Acest subiect va fi de actualitate şi pentru şcoala noastră de clinică medicală, care porneşte aşa cum porneşte — şi orice început este greu — dar care este de actualitate mai ales pentru D-voastră Studenţii care păşiţi dela cursuri pur teoretice şi de laborator — în spital — pentru a lua contact cu bolnavul şi cu clinica.

„Simţul clinic" căci acesta este subiectul temei noastre de astăzi, se câştigă şi se dezvoltă numai în contact cu bolnavul şi cu clinica.

Simţul acesta clinic nu este numai un har Dumnezeesc cu care numai unii sunt dotaţi, ci este o intuiţie de ordin cu totul superior, care se câştigă şi se dezvoltă până acolo încât se confundă cu harul divin printr'o observaţie metodică a fenomenelor pathologice, printr'un simţ critic judicios, dar mai ales printr'un contact zilnic cu bolnavul, faţă de care trebue să depunem toată dragostea şi toată omenia în a-l îngriji.

Il mai câştigaţi şi dezvoltaţi acest simţ clinic şi în afara Spitalului, în policlinică şi mai târziu în clientele privată, când bolnavul vine să-ţi ceară asistenţa şi când trebuieşte să-i daţi o îndrumare imediată, uneori nu veţi putea aştepta rezultatul examenelor radiologice sau a nu ştiu câte probe de laborator.

Cunoştiinţele Dvs., teoretice şi cele câştigate în Spital se vor desfăşura în procesul de judecată cu repeziciunea unui film, spre a vă da o imagine justă şi reală a capitolului de patologie unde trebueşte încadrată afecţiunea prezentată.

Intr'un fel poate Dvs., studenţii de aci sunteţi chiar favorizaţi şi puşi în situaţiunea de a vă câştiga şi dezvolta mai uşor acest simţ clinic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Afirmându-vă acestea îmi amintesc de răspunsul pe care mi l'a dat regretatul Profesor Abrami, solicitându-i o carte de introducere, pe lângă titularul unei clinici utilate cu cea mai modernă aparatură: Acolo îmi spunea „patronul" cum îl numeam noi, vei găsi multe laboratoare, mulţi tehnicieni şi multă energie cheltuită pentru publicaţiuni de tot felul, dar nu vei cunoaşte ceiace este tradiţia clinicei medicale franceze şi măreţia acestui învăţământ clinic. Tehnicul face mai rar şi mai puţin ascuţit simţul clinic.

Studiul bolilor sau patologia se poate învăţa foarte bine şi numai din cărţi — clinic însă adică aplicarea practică a patologiei nu se poate deprinde decât numai în Spital, din contactul zilnic cu bolnavul şi cu cei ce îl îngrijesc.

Noi aci vom avea de făcut două lucruri, să îngrijim bolnavii şi să vă dăm Dv-stră cunoştiinţele necesare care să vă deprindă cu practica îngrijirei bolnavilor.

Invăţământul acesta clinic elementar va urmări deci două scopuri:

Să vă familiarizeze cu procedeele de examen care constituesc arsenalul exploraţiunii clinice, şi apoi semiologia adică cunoaşterea şi interpretarea simptomelor morbide observate la patul bolnavului.

Procedeele de explorare practicate şi repetate zilnic încep să se efectueze în mod mecanic reflex, rămânând ca atenţia şi judecata să fie îndreptate apoi numai asupra simptomatologiei şi mai ales asupra interpretării acestor semne.

Am făcut o incursie de trecere în revista în câteva capitole ale patologiei interne spre a vă arăta deosebite aspecte clinice ce se prezintă înaintea noastră. Pentru a le interpreta şi mai ales spre a le trata judicios, avem nevoe de acea perspicacitate care nu se deprinde şi nu se dezvoltă decât printr'un contact continuu cu bolnavul şi cu clinica.

Invăţământul acesta clinic care cuprinde şi semiologia are un rol covârşitor a vă insufla chiar dela început metoda de lucru şi secretul de a şti să vă descurcaţi din noianul de semne.

Simţul clinic vă va conduce prin acest labirint spre a eşi la lumina unui diagnostic fără de care nu veţi putea institui un tratament judicios şi nici de a vă formula un prognostic care să nu vă desmintă.

Contactul zilnic cu Spitalul şi cu bolnavul vă va învăţa cât trebuieşte să luaţi ca bune din noţiunile clasice, căci nu veţi avea de îngrijit boale ci bolnavi, ştiut fiindcă aceiaşi afecţiune se prezintă sub diferite aspecte care se schimbă dela caz la caz, după cum şi aceiaşi conduită therapeutică nu va da acelaş rezultat la indivizi care sufer de aceiaşi maladie.

Tot în Spital veţi învăţa că însuşi bolile se schimbă în evoluţia lor dela epocă la epocă, pneumonia de ex: cu semnele ei clasice şi evoluţia precisă aşa de frumos descrisă în clinicele lui Dieulafoy şi care aldădată ocupa un număr însemnat din paturile noastre de Spital este astăzi întâlnită din ce în ce mai rar. Când credem că am descoperit-o prin suflul tubar şi ploaia de subcreptitante, o vedem că nu mai face defervescenţa în a 8-a, 9-a zi şi că nu mai e aceea entitate morbidă pe care o cunoaştem noi.

Dar meningitele, mai ales de când a intervenit sulfamidoterapia?

Dar erizipelul? Dar gonocociile?

Utilizarea pe o scară din ce în ce mai mare a penicilinoterapiei ne va aduce cu siguranţă nu numai o schimbare în evoluţia şi deci în pronosticul anumitor infecţiuni, dar va schimba cu siguranţă şi tabloul clinic al acestora, care nu va mai corespunde cu ceiace găsim în capitolele respective ale manualelor clasice.

Vaccinoterapia antivariolică, şi mai târziu cea antitifică, ne-a adus nu numai schimbarea aspectului clinic în evoluţia acestor boli, dar chiar dispariţia complectă a unora.

Aşi vrea să întreb pe D-nii Medici de aci din sală câte cazuri de variolă au văzut?

Totul este deci şi în medicină mereu în prefacere şi mereu în schimbare.

Spiritul nostru critic şi de observaţie să rămână mereu atent, să noteze variaţiunile şi să-şi modifice terapeutica şi prognosticul în raport cu aceste prefaceri.

Rolul profesorului de clinică medicală este să-l călăuzească pe student, să-l conducă, spre a cunoaşte această pathologie veşnic în schimbare, corectându-i noţiunile teoretice găsite în manuale, care întotdeauna oricât de excelente ar fi, rămân veşnic în urmă.

Acesta îl va mai învăţa — că în medicină este adeseori greşit să te conduci după legi fixate, dar va trebui să-l păzească de exagerările şi erorile care apar mai ales în domeniul therapeuticei. Un entuziasm necontrolat duce la aprecieri subiective care îl vor apropia de acele procedee ce compromit arta medicală.

Profesorul va mai avea să-l ferească pe student şi de acel scepticism — tot atât de dăunător — cu care o sumă de medici părăsesc facultăţile noastre.

Cunoaşterea şi judecarea justă, ca şi observaţiunea atentă îmbinată cu entuziasmul atâta cât trebuie, îl vor feri pe medicul în formaţie dela o sumă de erori şi de deziluzii.

Ii vor forma însă şi dezvolta acel simţ clinic care îl vor face şi pe el şi pe pacienţii săi să aibe încredere în arta medicală.

Fără această cunoaştere nu vom putea aborda cu atâta succes domeniul turburărilor funcţionale, care este domeniul miracolelor după expresia lui Abrami şi nici nu vom putea adopta o atitudine judicioasă în turburările cu bază organică.

* * *

Inainte de a termina să-mi daţi voe să-mi exprim satisfacţia că dacă în războiul pe care l'am trăit şi a căror răni le vedem încă, progresele ştiinţei pe toate tarâmurile au dus la descoperirea de noi metode de distrugere şi mai perfecţionate, apoi singură medicina s'a relevat prin eforturi de vindecare şi alinare a suferinţelor omeneşti.

E o cinste pentru corpul medical de pretutindeni, ca în loc să pună la îndemâna conducătorilor de popoare arme de distrugere ne-a adus la lumină sulfamidotherapia, penicilinoterapia şi vaccinurile în massă, care au făcut posibile evitările de epidemii care altădată răreau rândurile luptătorilor mai mult decât glonţul sau schija.

Maşinismul şi progresele tehnice nu au schimbat omenia şi bunul simţ medical.

Iar dacă astăzi în această epocă de progres tehnic vi se pare paradoxal de a vorbi de necesitatea deprinderii şi desvoltărei simţului clinic, apoi o fac tocmai pentrucă am convingerea că medicina va rămâne întotdeauna o artă deasupra micimilor omeneşti şi la înălţimea căreia nu se pot ridica decât aceia care îşi vor închina sanctuarului lui Esculap tot ce au mai nobil şi mai frumos în spiritul şi în inima lor.

Şi afirm aceasta tocmai pentrucă şi în medicină se cultivă prea mult maşinismul şi tehnica.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONSIDERAŢIUNI ISTORICE ASUPRA ORIGINEI ŞI EVOLUŢIEI SPITALELOR IN TRECUT, CU REFERIRE SPECIALĂ LA SPITALELE PROVINCIILOR ROMÂNEŞTI [1])

de

D-r ENEA P. BOTA
Medic primar de spital

Spitalele ca instituţiuni de asistenţă medicală şi socială nu sunt creaţia medicinei moderne ştiinţifice sau a concepţiei umanitariste a veacurilor noi. Originea şi existenţa lor o putem urmări până în cele mai îndepărtate timpuri. Felul în care au fost organizate a variat dela o epocă la alta. Fazele de evoluţie prin cari au trecut, dela acea formă antică pe care azi abia o mai putem recunoaşte, au fost multe, urmărind fidel progresul medicinei.

CBCU Cluj / Central University Library Cluj

La vechii **Evrei** la cari perceptele igenice erau pe primul plan, impusă chiar prin religie, problema îngrijirii colective pare să nu fi avut o rezolvare concretă ,căci în afară de casele de refugiu pentru leproşi (leproserii) nu găsim date pentru existenţa altor aşezăminte pentru îngrijirea bolnavilor.

La **Grecii** antici, Istoria face pomenire despre anumite instituţiuni asemănătoare spitalelor, a căror activitate însă nu ne este prea lămurită. Aşa aflăm „Sacrionul" care pare să fi fost mai mult un post de prim ajutor. In jurul templului lui Aesculap, găsim funcţionând „Asclepionul", unde preoţii practicau medicina sacerdotală pe o scară foarte întinsă. Când un bolnav era tratat în aceste locaşuri ridicate în cinstea zeului vindecător, preoţii notau fie pe plăci votive, fie pe coloanele templului, unele observaţiuni medicale sau tratamentul aplicat celui vindecat.

Numeroase asemenea altare, uneori adevărate temple s'au ridicat în anumite centre ale vechei Helade, în cari se practica o medicină empirică de către slujitorii altarului, iar în vindecarea bolnavilor juca un rol principal sugestia şi credinţa în puterea miraculoasă a zeilor.

---

*) Comunicare făcută în şedinţa Colegiului Medicilor Turda la 8 Ian. 1945.

La **Romani**, aflăm de existenţa unor azile pentru săraci şi bătrâni, cele mai importante ale Impăraţilor Iulian şi Mauriţiu, apoi o infermerie pentru ostaşi numită „Valitudinarium". Este adevărat că activitatea în acestea se mărginea la ocrotirea şi hrănirea adăpostiţilor, iar asistenţa medicală era inexistentă. Cu toată această constatare, le semnalăm, pentrucă sunt primele licăriri al unui început de asistenţă medico-socială colectivă, sub o formă nehotărîtă.

Creştinismul, prin noile concepţii impuse a contribuit mult la canalizarea acţiunilor filantropice, îndemnând lumea la cultivarea virtuţilor iubirii deaproapelui şi care a avut ca rezultat creiarea unui puternic curent umanitarist. Noua învăţătură răstoarnă nestrămutata credinţă a preţuirii bunurilor pământeşti, înlocuindu-o cu o supravaloare a lucrurilor spirituale. Ingrijirea bolnavilor, ajutorarea săracilor şi acelor ajunşi neputincioşi, în curând deveni o dorinţă şi o credinţă a multora din cei ce îmbrăţişează noua credinţă. In ceastă epocă îşi găseşte leagănul originei sale spitalul, care îşi continuează forma în manifestaţiile operei de binefacere care începe.

Aşa la Roma, matroana Fabiala (o nepoată a lui Fabius), înfiinţează un aşa zis spital şi o casă pentru convalescenţi numită „Villa Langentium", iar Palmachus, un spital la Hostia.

In cuprinsul Imperiului Bizantin, spitalele au avut o răspândire largă. Ele luară fiinţă sub diferite numiri, fiind înglobate în organizaţia bisericească. Pentru bolnavi exista „Nosocomeia", numire ce s'a păstrat până în timpurile mai noi. „Xenodochion" luat dela Greci, era mai mult un azil, iar „Orfanotrofeia" destinat ocrotirii copiilor părăsiţi. Vestitul aşezământ fondat de Sf. Vasile episcopul Capodochiei la 370 d. Chr., în Cezarea avea toate aceste trei secţiuni şi era cunoscut sub denumirea de „Basilidea din Capadochia".

Nenumăratele peregrinaje ale creştinilor la Sf. Mormânt impun găsirea unei soluţii pentru ocrotirea şi îngrijirea călătorilor bolnavi sosiţi la Ierusalim. Astfel unui ordin cavaleresc i se datoreşte înfiinţarea unor case de adăpost numite „hospitales", unde bolnavii erau îngrijiţi, medicamentele necesare curarisirii fiind pregătite de călugării caselor.

Primul rege, creştin al Ierusalimului Godefried de Bouillon, prin testamentul său dela 1100 d. Chr., lasă o sumă importantă pentru întreţinerea acestor „hospitale" în oraşul sfânt. Ocuparea cetăţii de către războinicul Saladin (1182), aduce cu sine izgonirea creştinilor din oraş. Ei pleacă refugiindu-se împreună cu călugării şi armatele creştine în diferitele părţi ale Europei, iar hospitalele dispar din oraşul creştinătăţii, luând fiinţă însă în alte localităţi, unde ei se stabilesc.

Tot aşa cu ocazia războaelor cruciate iau fiinţă pe traseul drumului parcus de aceste armate diferite hospitale, nosocomii şi spitale temporare.

In imperiul zis Germanic, Papa Inocenţiu al III-lea patronează cu mare elan înfiinţarea de spitale, iar Impăratul Alexandru fondează la Constantinopol faimosul „Orfanotrofeu".

La 1204, s'a format la Roma Spitalul „Sf. Spirit", servind ca model altor realizări de acest fel în capitalele Europei. Aşa amintim în treacăt spitalul „Iulian" din Würtzburg, care s'a inaugurat la 1508, iar la 1602, Maria de Medici înfiinţează „Carite"-ul la Paris. In Italia se deschide „Alberghi dei Poveri" cu un număr impresionant de locuri. Mai târziu ceva, la Berlin, Viena, etc., se deschid spitale remarcabile ce şi azi dăinuesc.

Iată o serie de realizări ce dovedesc progresul ştiinţific şi o epocă înfloritoare medicinei.

* * *

Pe teritoriul etnic românesc existenţa aşezămintelor de asistenţa medico socială ne sunt semnalate din timpuri vechi. Separaţiunea politică şi administrativă a acestor provincii a făcut ca aceste instituţiuni sanitare în ce priveşte primele realizări să difere întrucâtva unele de altele. In general se poate spune că primele înjghebări au fost opera bine făcătorilor şi mai ales a Bisericii, înglobate fiind în această organizaţie.

Diferitele năvăliri ale evului mediu şi chiar mai înainte, războaielе de mai târziu cari s'au desfăşurat pe aceste plaiuri cu scopul de a stăpâni bogăţiile solului românesc; au amânat mult apariţia adevăratelor spitale bine utilate.

Pe de altă parte firea supertiţioasă, credinţa şi ataşamentul faţă de biserică, au ţinut în rezervă multă vreme, bolnavii faţă de modestele înjghebări sanitare ale timpului, dar mai ales lipsa medicilor titraţi suficient, lipsa elementelor autochtone, au avut ca urmare îndreptarea suferinzilor spre empirismul babelor, vrăjitoriile populare, manoperele vracilor cât mai ales spre slujbele preoţilor cari ţineau locul doctorilor.

Felul în care totuşi mai târziu s'au realizat aceste instituţiuni sanitare şi în special spitalele a fost deosebit pentru fiecare dintre provinciile româneşti, sub directa influenţă a climatului politic şi stării culturale sau materiale a ei.

In ţărişoarele româneşti, **Moldova** şi **Muntenia**, primele fondaţiuni au fost făcute în mare majoritate de Domnitorii Ţării sau a boierilor cu „dare de mână" cari stăpâniţi de un profund sentiment religios le-au fondat şi dotat cu averi şi venituri din cari să se întreţină. Acestea au luat fiinţă pe lângă biserici şi mânăstiri asemenea xenodochiilor bisericii răsăritene. Foarte modeste ca organizare ele au funcţionat sub denumirea de **„Bolniţe"** cuvânt slavon ce înseamnă casă de bolnavi. Probabil că atât numirea cât şi organizarea ei la noi a trecut dela Slavi şi în special dela Sârbi cu cari aveau legături strânse culturale religioase.

Pentru a lămuri însă mai evident originea bolniţei precum şi evoluţia acesteia la noi, vom lua în considerare şi următoarele împrejurări speciale cari au contribuit în cel mai mare grad la crearea acestui spital românesc pe vremuri şi anume:

Mânăstirile noastre din Moldova şi Muntenia în vremurile vechi, vremuri cari purtau pecetea nesiguranţei vieţii şi avutului locuitorilor aşezărilor noastre, se organizau sub formă de mici cetăţui, locaşuri

de refugiu, aşezate fiind în regiuni mai ales muntoase, sau în văi ferite din calea de trecere a năvălitorilor şi unde în vremuri de răsboiu se retrăgea o parte din populaţie ducând cu ei, alimente, arme şi puţinul avut ce îl putea ridica pentru a fi puse la adăpost din calea primejdiei şi a pârjolului ce adesea învăluia modestele aşezări gospodăreşti.

Pe de altă parte aceste mânăstiri fiind dotate şi cu moşii din cari se întreţineau, pe lângă personalul clerical (călugări etc.) mai aveau angajaţi personal laic (servitori, meseriaşi etc.) cu care se ajutau la exploatarea proprietăţilor. In timp de războiu cei ce formau colonia mânăstirii adeseori prindeau armele pentru apărarea cetăţii sau a regiunii şi altfel îngrijeau de răniţii lor sau de cei sosiţi după diferite lupte din împrejurimi.

Chiar şi Domnii Ţării se refugiau uneori pe la aceste locaşuri dela ascunsele mânăstiri, pentru a-şi alina suferinţele şi a-şi tămădui rănile câştigate în bătălii. Rolul vindecării acestora revenea călugărilor mânăstirii.

Datorită acestor împrejurări cât şi caracterului profund religios al Domnilor Ţării aceste aşezări s'au bucurat în trecut de un spriiin foarte larg, mai ales că se dovediseră de a fi de un real folos în multe ocaziuni pentru populaţia regiunii.

Deaceia remarcăm că după fiecare mare victorioasă bătălie, deodată cu potolirea vrăjmăşiei se fondau şi înălţau noi locaşuri de închinare, ca un semn de recunoştiinţă pentru ajutorul celui de sus, cari mai târziu serveau ca o nouă citadelă a sistemului de apărare a ţinutului faţă de duşman.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

Credem, însă că cel mai important factor, care a dat o desvoltare aşa de largă asistenţei medicale prin creiarea bolniţei bisericeşti, a fost faptul că aproape toate mânăstirile aveau spre păstrare diferite moaşte sfinte şi icoane aşa zise „făcătoare de minuni" cari atrăgeau din cele mai vechi timpuri mulţimea suferinzilor spre ele.

Ne este de altfel cunoscut rolul covârşitor ce l-a jucat în viaţa poporului român, credinţă izbăvirii de toate suferinţele trupeşti şi sufleteşti, prin slujbele preoţilor şi călugărilor bisericii noastre. Avem exemple nenumărate când chiar străinii apelau cu mare încredere pentru nevoile lor la slujitorii altarelor noastre.

Luând apoi în considerare după cum am mai amintit, faptul că în Ţările Româneşti pe acele timpuri lipseau cu totul medicii titraţi s'au chiar dacă existau foarte răzleţ pe ici şi colo, ei erau străini cu totul de gândirea şi felul de viaţă al poporului, neînţelegându-le poate nici limba, e lesne de înţeles că după ce erau amăgiţi de vrăjitoriile babelor să apeleze ca ultim remediu la ajutorul slujbelor preoţilor. Mai ales bolnavii atinşi de diferite afecţiuni neuromintale despre care exista credinţă că sunt stăpâniţi de spiritele rele ale diavolului, erau aduşi totdeauna înaintea preoţilor pentru a le ajuta. Şi este adevărat că dacă elementul sugestiv al acestor practici — nu a vindecat alteraţiuni anatomice evidente, a produs însă modificări subiective temporare în multe cazuri, unde elementul nervos înhibitiv predomina sindromul, întărind prin exemple vii şi mai mult credinţa efectului miraculos al harului ceresc invocat.

Aceste considerațiuni sumar expuse mai sus cât și împrejurarea că mânăstirile aveau obligația impusă de către Domnii Țării de a primi pentru adăpostire pe toți solicitatorii sănătoși sau bolnavi, săraci și bătrâni, osteni sau fugarii cari băteau la ușa lor, a avut ca urmare un adevărat exod a tuturor neputincioșilor, infirmilor și bolnavilor spre aceste locașuri.

La început ei au fost găzduiți în chiliile călugărești, cu timpul, însă numărul lor fiind prea mare și întâlnindu-se tot felul de boli, cari primejduiau sănătatea colectivității, ba uneori împedecau personaiul monahal în îndeplinirea programului sacru, s'au destinat anume încăperi destinate bolnavilor numindu-se **bolniță**. In unele locuri chiar se clădise edificii aparte cu o biserică anume pentru bolniță, unde bolnavii și neputincioșii erau aduși pentru a asculta slujba bisericească etc.

Până la sfârșitul veacului al 17-lea bolnițele au funcționat neîntrerupt fiind spitalul specific românesc. Ele au funcționat sub vechea lor organizare unele transformându-se cu timpul în **ospicii** primind numai bolnavi mintali, altele în **azile** pentru săraci și neputincioși dar niciuna în spital curativ propriu zis. Spitalele curative de mai târziu după cum vom vedea au fost o instituție nouă neavând nici o legătură de filiațiune cu vechea bolniță bisericească.

Prima pomenire despre existența spitalului o avem dela anul 1514 când ne este pomenit ospiciul pentru bolnavi dela Sân-Mitreni a lui Vladislav Vodă care pare să nu fi avut o activitate spitaliceasca curativă, ci mai mult un adăpost pentru bătrâni bolnavi pe lângă biserica Sf.-Dumitru.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O altă pomenire, unde se folosește numirea de spital, ni se face într'un euric dela anul 1616, a lui Gaspar Voievod prin care destinează în Suceava un loc pentru înființarea unui spital. Mai târziu ni se face pomenire în Pravila lui Vasile Lupu tipărită la 1646 despre spitalele din Moldova fără a le cunoaște localitățile și felul în care au funcționat. De altfel această Pravilă fiind o compilație a textelor latinești ale lui Farinacius cuvântul „**hospitales**" a fost transcris prin cuvântul grecesc de „**Spytali**" noțiune care definea o instituție de necinstire pentru cel ce apela la ajutorul său. Tot asemenea în Pravila muntenească a lui Matei Basarab (1652) care a fost transcrisă pe înțelesul poporului nu s'a făcut nici o legătură între cuvântul românesc de „bolniță" și cel de „spital" păstrându-se aceiași semnificație defaimatoare pentru spital, fapt care pledează și mai mult pentru constatarea că spitalul era o instituție cu totul nouă, necunoscută populației, pe când bolnița se bucura de un bun nume în rândul bolnavilor.

Poate și răsunetul de groază și mizerie pe care le-au răspândit carantinele și lazaretele vremelnic înființate cu ocazia epidemiilor să fi avut aceleași nefaste repercusiuni și asupra spitalului care cearcă să-și schițeze înfiriparea, căci stăpânită de aceste preconcepute idei, populația mai bine de un secol i-a purtat o mare aversiune. Aceste împrejurări cu totul neprielnice organizării vieții de spital au împiedecat multă vreme apariția spitalelor bine utilate la noi. Chiar după

înfiinţarea lui, privit cu mare neîncredere şi abia câte un nevoiaş sau bătrân neputincios dacă îi mai bătea la uşe.

Cel mai vechi spital asupra căruia avem date pozitive apare în Muntenia şi este. **Spitalul Colţea** fondat pe lângă biserica cu acelaş nume de către Spătarul Mihai Cantacuzino între anii 1706-1712 şi care era în stare de plină funcţionare la 1715.. Acesta este o combinaţie a spitalului oriental ce îmbracă caracterul occidentului păstrând elementul religios ca pârghie de sprijin.

Spătarul Cantacuzino, om cu vederi largi şi bun psiholog, în dorinţa de a înfiinţa şi la noi un spital, combină după ce vizitase atât orientul cât şi occidentul cele două modele întâlnite şi nedespărţind încă **biserica de spital** realizează **modelul românesc** care s'a generalizat în curând în Ţărişoarele române. Astfel el clădi biserica Colţea şi apoi spitalul propriu zis pe care îl pune sub conducerea administrativă a unei Epitropii mirene, scoţând astfel averea cu care îl înzestră de sub chiverniseala călugărilor. Această inovaţiune cuprinsă în însăşi literele fundaţionale constitue un început de laicizare a spitalului, punându-se dela început o barieră între bolniţa pur bisericească şi noul spital care îi ia locul de aici înainte.

Ctitorii asemănătoare i-au urmat în scurt timp mai multe, toate organizate după aceleaşi principii, creindu-se pe rând spitalele româneşte din Moldova şi Muntenia.

Intre acestea amintim pe celea mai de seamă în ordine cronologică:

Spitalul Pantelimon înfiinţat de Ghică Vodă la 1735 din care o parte era destinat ciumaţilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul şi aşezământul Sf. Spiridon fondat la 1757 pe lângă biserică cu acelaş nume în Iaşi de către Constantin Vodă Racoviţă.

Orfanotrofia şi Spitalul Filantropia din Craiova înfiinţate la 1785 de Vodă Ipsilante.

Spitalul de ciumate din Dudeşti ridicat de Vodă Hangherei la 1788 şi care se dovedi aşa de util în epidemia de ciumă dela începutul veacului următor.

Spitalul din Roman de pe lângă biserica mânăstirii „Precista" fondat la 1797.

Spitalul „Iubirea de oameni" (Filantropia) din Bucureşti, deschis la 1812.

Spitalul Brâncovenesc din Bucureşti fondat de Safta Brâncoveanu, deschis la 1838.

Mai amintim în treacăt **spitalele din Buzău** (1793), **Obedeanu din Craiova** (1737), **Ionaşcu din Slatina** (1797), **Târgovişte** (1822), **Sf. Visarion** din Bucureşti (1752). etc. Am dat numai câteva exemple din seria de spitale ce au luat fiinţă în secolul al 18-lea şi începutul celui de al 19-lea, instituţiuni dintre cari unele şi-au continuat activitatea până astăzi. Ele sunt dovada cea mai eclatantă a interesului mare ce se purta asistenţei bolnavilor acum mai bine de două veacuri în Ţările româneşti.

In **Ardeal** şi părţile Ungurene deasemenea au existat instituţii de asistenţă medicală din timpuri destul de vechi. Aici prin

venirea unor ordine călugăreşti catolice iau naştere în oraşele cu colonii germane diferite „case de îngrijire" şi „hospitale". Unele sunt ocrotite în preajma mânăstirilor sau bisericilor fiind echivalentul arhondărilor şi xenodochiilor bisericii răsăritene. Mai târziu unele confesiuni întreţin azile şi hospitale pentru săracii şi bolnavii lor, pe alocurea cu oarecare organizare medicală controlabilă.

In special ordinelor călugăreşti ale Benedictinilor, Ioaniţilor şi Iesuiţilor se datoresc aceste realizări. Aşa amintim de existenţa vremelnicilor „hospitale" sau „nosocomii" din oraşele Sibiu, Mediaş Cluj, Bistriţa etc., unde au funcţionat şi „hirurgi" sau uneori medici.

La Cluj ne este semnalată prin date răzleţe existenţa unei case de îngrijire de prin veacul al IX-lea deja, ataşată bisericii din cartierul Mânăstirii.

Prin veacul al 15-lea de asemenea funcţiona aşa zisele spitale „Sf. Spirii" şi „Sf. Elisabeta", a căror activitate medicală nu ne este cunoscută.

Epidemiile din veacul al 15-lea şi 16-lea (ciuma, variola etc.) fac să se înfiinţeze carantine şi lazarete nu numai în oraşele de frontieră ci şi în interiorul provinciei. Aşa ne sunt pomenite localităţile: Braşov (1413), Sibiu (1447) Codlea (1413), Bistriţa (1454), Sighişoara (1575), Cluj (1559) unde au funcţionat asemenea lazarete, spitale însă nu.

Nici în cursul veacului al 17-lea autoritatea de Stat nu s'a îngrijit prea mult de sănătatea populaţiei înafară de combaterea edemiilor, iar azilele, nosocomiile sau hospitalele, cari au funcţionat, au fost întreţinute de către bine-voitori, diferite confesiuni religioase sau călugării mânăstirilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Primele dispoziţiuni cu caracter oficial în ce priveşte îngrijirea bolnavilor săraci s'au luat abia pela 1768 dela care dată se vede o vadită preocupare pentru înfiinţarea de spitale. Intreţinerea acestora era dată în seama fondului numit „cassa parochorum" fond alimentat din veniturile averilor rămase dela preoţii decedaţi fără testament sau din prevederile bugetare ale posturilor eclesiastice rămase necomplectate. La 1775 comunitatea cehuri'or (breslaşilor) este obligată a-şi îngriji singură ucenicii şi angajaţii ei în infirmerii cari iau fiinţă sub diferite patronaje şi tutele.

Multe şi variate au fost încercările în acest timp pentru creiarea de instituţiuni curative medicale, însă spitale zise publice nu întâlnim în Ardeal în cursul veacului al 18-lea.

Pare greu de înţeles de ce spitalul apare aşa de târziu în Transilvania care avea deja după 1700 formată o numeroasă şi bine instruită tagmă medicală şi a cărei bun nume trecuse graniţele provinciei, unii dintre reprezentanţii ei fiind chemaţi în diferitele oraşe ale Ţărilor Balcanice şi chiar în Orientul apropiat, fiind bine apreciaţi pentru cultura şi destoinicia lor profesională.

Tot aşa bresla „hirurgilor" era bine şi bogat reprezentată în toate oraşele Ardealului deja la sfârşitul veacului al 17-lea.

Deasemenea autoritatea sanitară era prezentă în toate judeţele

prin „phisicul" judeţean „iar în fruntea lor stătea" proto-medicul" Transilvaniei care era şi consilierul sanitar al provinciei.

Legislaţia sanitară complectată în epoca teresiană deasemenea ţinea, pas cu progresele medicinei, lipsea însă tocmai instituţia sanitară — spitalul. Evenimentele politice la ordinea zilei şi războaie'e reţineau atenţiunea şi preocupările guvernanţilor dela care depindea soluţionarea problemelor sanitare. Chiar sub scurta domnie a bunului Impărat Iosif al II-lea, care personal arăta o vadită solicitudine necazurilor populaţiei robită de iobăjie, nu s'a putut ajunge la creiarea de spitale curative oficiale în Ardeal. Relaţiunile încordate între Impărat şi Guvernatorul Transilvaniei în jurul căruia era grupată nobilimea şi clasa de sus cari cerca să-şi apere mai întâiu privilegiile ei, au împiedecat şi amânat luarea măsurilor pentru creierea de spitale.

In provinciile de peste Carpaţi, Muntenia şi Moldova, cu toate că viaţa de stat era mai puţin organizată, nevoile şi nesiguranţa mai mare, regimurile mai nestabile totuşi aflăm dela începutul veacului al 18-lea aşezăminte spitaliceşti cari cu timpul deveniră spitale permanente remarcabile şi cu o frumoasă activitate. Nu e mai puţin adevărat că aici a intervenit iniţiativa particulară mai mult decât autoritatea de stat, creind spitale fundaţionale nu de stat.

Cu începutul veacului al 19-lea lucrurile se schimbară însă, ivindu-se imperativul creierii de spitale şi în Ardeal.

Dieta provincială cu sediul la Cluj ia în discuţie în şedinţele anului 1810 cu destulă solicitudine problema dotării cu spitale necesare sănătăţii cetăţenilor, elaborând un program vast de realizare. S'au desemnat comisiuni speciale cari au adunat fondurile necesare şi studiind urgenţele au stabilit chiar localităţile unde urmează a lua fiinţă prin mijloace locale, donaţiuni, fonduri şi subvenţiuni oficiale, spitale. In baza hotărârilor luate de Dieta provincială s'au pus bazele spitalelor din Cluj şi Târgu-Mureş numite spitale publice regnicolare (regionale).

Prin sprijinul şi donaţiunile localnicelor la 12 Ian. 1812 s'a deschis spitalul public din Târgu-Mureş ca o primă rândunică prevestitoare a unei noi epoci pentru sănătatea publică din Transilvania. In acelaş timp îşi deschide porţile şi spitalul public din Cluj care la 1817 în urma înaltei vizite, cu care îl onorează, M. S. Impărăteasa din Wiena, luă numele de spitalul „Carolina".

Mai târziu acesta adăposti şcoala medico-chirurgicală care se transformă la 1872 în Facultatea de Medicină din capitala Transilvaniei.

Deasemenea au fost înfiinţate spitale particulare sau judeţene în Banat şi Părţile ungurene ale Transilvaniei, în oraşele: Timişoara (1726) Arad (1795) Oradea (1802) Satu-Mare (1837) Carei-Mari (1846) etc., dintre cari unele cu anul 1859 devin spitale publice.

Organizarea tot mai temeinică a sănătăţii publice a obligat factorii cu răspundere să înpânzească provincia ardeleană cu spitalele necesare populaţiei, aşa că până la anul 1869 au existat spitalele publice din: Sibiu (1841), Turda (1834), Făgăraş (1852), Miercurea Ciuc (1852), Sf. Gheorghe (1851), Deva (1859), Dej (1862). Tot până

la această dată au luat ființă, spitale mai mici orășenești sau județene în localitățile: Brașov, Bistrița, Mediaș, Sighișoara, Alba Iulia, Mociu, Odorheiu, fiind subvenționate de administrația comunală sau județeană.

Mai amintim funcționarea a patru spitale pentru ochi cari au luat ființă la 1852 în localitățile: Cluj, Târgu-Mureș, Brașov și Sibiu, și deschiderea marelui ospiciu pentru boli mintale din Sibiu la 1863 pentru 200 bolnavi.

Pentru combaterea boalelor venerice pe lângă spitalele existente s'au creiat patru spitale speciale venerice în localitățile: Lugoj (1830), Cehul Silvaniei (1862), Seini (1863) și Sighetul Marmației (1865).

Cu aceste date am ajuns în epoca de plin progres științific a medicinei pe ambele versante ale Carpaților epoca în care spitalul și-a afirmat pe deplin rolul și binefacerile aduse asistenței publice.

BIBLIOGRAFIE

D-r P. Gh. Samarian: Medicina și Farmacia în trecutul românesc, București, 1938, vol. III. — **D-r Valeriu Bologa:** Contribuțiuni la Istoria Medicinei din Ardeal. Cluj, 1927. — **D-r Biazini Alexandru:** Câteva date pentru istoria spitalelor din Ardeal, Banat și Părțile Ungurene, înainte de 1869. Teză, Cluj, 1935. — **D-r Sebestyén Gavril:** Contribuțiuni la istoria spitalelor din Cluj până la mijlocul secolului al XIX-lea. Teză, Cluj, 1932. — **D-r Grosz Lipot:** Emlékirat a hazai batégàpolàsi ùgy keletkezésé, fejlodése es jeleulegi alàsàrol. Budapest, 1869. — **D-r E. Holländer:** Contribution à l'Histoire des Hôpitaux. (Comuniqué Knoll). — **D-r Szotyori Iosif:** a Marosvasarhely orszagos polgari gjogjintezet eredetenek es felatätasanak rovid es igaz törtenete, 1833.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

POLI-FIZIOTERAPIA IN PATOLOGIA NERVOASĂ

de

Doc. D-r L. BISTRICEANU

Sunt mai bine de 20 ani, de când am început, alături și în strânsă colaborare cu maestrul meu D. Paulian, să utilizez și să aplic pe o scară foarte întinsă agenții fizici și mai cu deosebire cei electrici în tratamentul diferitelor afecțiuni ale sistemului nervos.

Pe acele vremuri, adică cu numai două decenii în urmă, la noi în țară dăinuia încă mult empirism în domeniul acestei specialități — medicii erau foarte sceptici în ceeace privește eficacitatea fizioterapiei, mulți din ei o desconsiderau privind-o ca ceva para sau pseudo-științific, iar majoritatea lor îi ignorau nu numai technica ci și cele mai elementare indicațiuni terapeutice ale sale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cari erau cauzele acestui quasi-unanim resentiment al lumei medicale? Aceleași pe care le întâlnim întotdeauna când disciplina sau metode noi de tratament încep să taie brazde proaspete pe ogorul medicinei.

Pentru a înțelege mai bine cele de mai sus, cetitorul trebue să-și reamintească, că primele lămpi de raze ultraviolete (Original-Hanaubach) s'au introdus la noi în țară prin 1919/1920, primele aparate de diatermie în 1921/1922, iar cele dintâi aparate de unde ultra-scurte prin 1933/1934.

In anii cari au precedat isbucnirea primului război mondial fizioterapia electrică din țara noastră era în fașă, căci aparatura medicală a spitalelor era foarte sumară: un aparat primitiv de radiologie, cu instalație de băi hidro-electrice rudimentară, o mașină Winshorst pentru curenți statici, un solenoid de autoconducțiune pentru curenți de înaltă frecvență și tensiune medie — dar și acestea le aveau numai puține spitale din capitala țării.

In anii ce au urmat după terminarea războiului mondial, marele progrese ale mașinismului, realizate în diferitele domenii de activitate s'au resimțit numai decât și acela al medicinei. Medicii au început în mod treptat să se familiarizeze cu tehnica administrării și indicațiunile terapeutice ale diferiților agenți fizici — și astfel electro-terapia câștigă pe zi ce trece tot mai mult teren în practica medicală.

In anul 1924 a luat ființă la Institutul Central de Boale Mintale din București, **Serviciul I. de Neurologie** sub conducerea D-lui **D-r D. Paulian.** Dotarea din abundență a acestui serviciu cu o întreagă gamă de aparate electro-medicale din cele mai moderne și utilizarea lor pe o scară foarte întinsă în tratamentul diferitelor afecțiuni ale sistemului nervos au constituit pe acea vreme **o etapă foarte importantă în progresele fizioterapiei electrice din țara noastră.**

Sub impresia bunelor rezultate ce se obțineau și le observam în fiecare zi, în cele două secții de fizio-terapie ale acestui serviciu, am luat hotărârea de a mă consacra în practica medicală acestei discipline terapeutice în plină ascensiune.

După o experiență neîntreruptă de 21 ani în slujba electroterapiei neurologice, cred că aș putea să concretizez cu o oarecare competență în câteva rânduri unele observațiuni proprii, menite să servească ca principii directoare și pentru alți confrați.

Dintre toate afecțiunile sistemului nervos, **nevralgiile, paraliziile periferice, mono și emiplegiile** beneficiază cel mai mult pe urma fizioterapiei electrice.

In scopul obținerii unor rezultate cât mai perfecte și în minimum de timp posibil, e bine întotdeauna să dăm preferință **polifizioterapiei,** adică utilizării concomitente, și pe acelaș bolnav a doi sau mai mulți agenți fizio-electrici, contrariu opiniei altor practicieni. Această metodă e cea mai bună și mai bogată în rezultate, căci corespunde principiului bine cunoscut în chimio-terapie, de a se asocia doi sau mai mulți agenți medicamentoși cu acțiune similară pentru obținerea unui preparat nou cu o eficacitate terapeutică mult întărită.

Digitized by Babeș-Bolyai University Library Cluj

Adversarii polifizioterapiei pretind în mod eronat, că utilizarea unui agent fizio-electric cu o anumită lungime de undă, imediat după un altul de o lungime de undă diferită anihilează sau ar putea să diminueze eficacitatea terapeutică a amândurora. Experiența, ce mi-am apropiat-o în cursul a două decenii de practică fizio-terapică infirmă aceste pretențiuni sau supoziții.

Iată unele exemple pentru ilustrarea celor de mai sus:

In tratamentul **nevralgiilor occipitale** obișnuesc a utiliza cu foarte bun succes **ionoterapia aconitinică.** Pentru a grăbi mai mult vindecarea bolnavului aceasta se va asocia sau mai bine zis va fi urmată și de aplicațiuni de raze infra-roșii cu o lampă Sollux. Când în nevralgiile occipitale constatăm la nivelul cefei prezența unor noduli celulitici, ușor decelabili prin palpare, ședința de ionoterapie e foarte bine să fie precedată de un masaj vibrator al regiunii.

In **nevralgiile plexului brachial** de natură reumatică sau toxi-infecțioasă se obțin rezultate foarte bune în urma **ionizărilor cu histamină** asociate concomitent cu o baie hidroelectrică a membrului corespunzător și urmată de iradiații cu lampa Sollux sau fulguratii cu curenți de înaltă frecvență și mare tensiune.

In **nevralgiile intercostale** masagiile vibratorii cu aplicațiuni de unde ultra-scurte vor fi întotdeauna preferate față de toți ceilalți agenți fizio-electrici.

Nevralgiile sciatice a frigore sau reumatice fără leziuni scheletic sunt

uneori extrem de rezistente la ionizările medicamentoase asociate sau nu cu unde ultra-scurte sau d'arsonvalizare diatermică. Ele cedează însă, nu arareori în puţine zile, dacă vom asocia concomitent şi aplicaţiuni de raze ultra-violete în doză foarte eritematoasă.

In tratamentul **polinevritelor** toxi-infecţioase, băile hidro-electrice ocupă un loc de frunte. Ele vor trebui însă complectate pentru o mai bună reuşită şi cu **masagii galvanice** şi mai ales cu **băi de lumină generale**, cari provoacă o sudaţiune foarte abundentă şi extrem de binefăcătoare acestor bolnavi.

In **paraliziile infantile**, galvanizarea membrelor bolnave e bine întotdeauna să fie precedată de o d'arsonvalizare diatermică a aceleiaşi regiuni, deoarece prin ridicarea nivelului termic al ţesuturilor obţinem o diminuare simţitoare a cronaxiei nervilor, deci mărirea excitabilităţii lor la curenţii galvano-faradici.

Cefaleele difuze de cauză nedeterminată se comportă cél mai biné faţă de radiaţiile uşoare şi de scurtă durată cu unde ultra-scurte, urmate de efluviaţii cu curenţi statici sau, curenţi de înaltă frecvenţă şi mare tensiune.

Aş putea din proprie experienţă să mai enumăr încă multe exemple din cari să reiasă superioritatea, cu alte cuvinte avantagiile mai mari ale poli-fizioterapiei faţă de aplicaţiunile simple cu un singur agent fizio-electric, dar pentru economie de spaţiu mă opresc aci.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MĂRIREA CAPACITĂŢII DE ALĂPTARE

de

V. GASNAŞ-Galaţi

După descripţia măsurilor uzuale luate la tehnica de alăptare, se atrage atenţiunea asupra greşelilor fundamentale care se fac şi se cere o verificare a instrucţiunilor date în acest domeniu. Se fac apoi o serie de propuneri pentru mărirea capacităţii de alăptare şi pentru evitarea măsurilor greşite de până acum.

Alăptarea maternă este impusă de natură: mama trebue să alăpteze copilul său. Laptele este un aliment specific, care variază cu fiecare specie nu numai prin cantitatea de elemente chimice, care le conţine însă, încă prin natura intimă a substanţelor homologe prezente — nu importă ce fel de lapte şi căreea nici alchimia nu le-a realizat transmutaţia până'n prezent. Laptele de femeie este singurul aliment potrivit nevoilor micului copil, singurul pe care-l digeră fără efort şi-l asimilează complect. Nu este deajuns medicului că este convins de superioritatea alăptării materne, ci el trebue să învingă obstacolele întâlnite pentru difuziunea sa. Anchetele făcute de Pinard, Dluski, Bresset şi Marfan în Franţa, Blacker în Anglia, Nordheim în Bavaria, Cozzolino în Italia, precum şi toate statisticele până'n prezent ne arată că proporţia mamelor sănătoase, real

incapabile de a alăpta, nu trece de 10%, Dluscki — rezumând această chestiune — ajunge la următoarele concluzii:

1) Femeile cu puţine excepţii — pot fi bune doici.

2) Mai mult de patru din cinci mii sunt dela începutul alăptării.

3) Aproape toate femeile devin după un timp mai mult sau mai puţin lung.

4) Cazurile de agalacţie sunt extrem de rare, agalacţia absolută nu există.

5) Necesitatea interzicerei alăptării se impune foarte rar.

6) Multiparele care au alăptat copiii lor sunt mai bune doici decât primiparele.

7) Complicaţiile din partea sânilor (limfangită etc.) sunt mai rar şi mai puţin grave la vechile doici.

Dela începutul războiului actual se constată pretutindeni o scădere a capacităţii de alăptare a mamelor. Această alăptare extrem de periculoasă pentru generaţia care se ridică, trebue să alarmeze pe medici, moaşe infirmiere de sugari şi chiar puţinele mame.

Care sunt cauzele? Această întrebare trebue să stăruie mereu până la complecta rezolvare a chestiunei. Nu trebue să ne resemnăm şi scuzându-ne cu constatarea că vătămările civilizaţiei cresc progresiv. După ce în ultimul timp această temă a fost desbătută în diferite reviste şi de către diverşi autori — fără să se obţină din nefericire rezultate prea vădite îmi voi permite — pe lângă citarea părerilor a-numitor specialişti de copii — să-mi expun părerea în această problemă — ca medic specialist în Pediatrie şi Puericultură. Există o unitate deplină de vederi în privinţa următoarelor măsuri de luat în tehnica alăptării. Cel mai bun mijloc pentru pornirea laptelui este excitarea poftei de supt la copil. Să se dea sânul de 6—8 ori pe zi la început din ambii sâni la fiecare supt. E necesar să se producă golirea totală, la nevoie prin pompare. Dacă mameloanele sunt rănite şi dacă forţa de supt a copilului e slăbită se vor aplica apăsătoare de mamele, observând şi în acest caz ca sânul să fie complect golit.

Chiar dacă laptele nu curge imediat, să nu se recurgă imediat la hrănirea cu biberonul. Dacă mameloanele sunt neformate să se înceapă pomparea lor înainte de naştere. Herzman, A Meier şi Primnig, relatează rezultate bune obţinute de dânşii în clinica vieneză de copii; Glanzig, atât în ce priveşte combaterea hipogalacţiei cât şi despre cazuri de relactaţiune. A Meier — atrage atenţiunea asupra faptului că nu există nicio metodă prin care să se poată prevedea capacitatea de secreţiune a glandei mamare la începutul alăptării, el ajunge la concluzia că o mare parte din vina incapacităţii de alăptare o poartă neîngrijirea suficientă a sânului în timpul începutului lactaţiunei. Nu sunt izolate cazurile în care chiar sub observaţia medicului au dat greş încercările de a mări secreţiunea insuficientă a glandei mamare. Se ştie în general că femeile care nasc prematurnu secretă suficient lapte pentru alăptare, deoarece este sigur că la acestea nu se îndeplineşte atât de precis echilibrul hormonal al funcţiunei glandei mamare, ca la femeile care poartă sarcina până la termen (Preisecker). Cu toate acestea noi cât şi D-r Berta Sprec — am observat la ma-

ternitățile municipale dirijate de medici de copii, că toate femeile care au fost îngrijite cu atenție spre a li se mări secreţiunea glandei mamare chiar şi acelea care au avut naştere prematură au început să alapteze destul de bine, bine înţeles dacă continuau să-şi îngrijească sânul — chiar după eşirea din maternitate. De sigur că ici şi colo întâmpinăm greutăţi cu mamele la care termenul de relactaţiune se prelungea prea mult şi care neavând încredere în capacitatea lor de alăptare renunţau la orice fel de încercări. Am obţinut rezultate bune în aceste cazuri exclusiv prin pomparea asiduă şi prin influenţarea psihicului acelor mame. Copilul nu va fi alăptat la sânul mamei numai în caz că mama suferă de tuberculoză pulmonară deschisă, sau de vreo boală infecţioasă sau de maladii febrile grave. De asemenea suntem de acord cu D-r W. Zur Linden, să se interzică alcoolul şi fumatul şi să se evite medicamentele cu acţiune puternică. Afară de aceasta sunt de acord cu D-r Winden că următoarele condiţiuni sunt importante poate chiar decisive pentru obţinerea unei capacităţi de alăptare îndelungată.

1) Evitarea gălbenării la noi născuţi.

Aceste maladii care pare fi dealtfel inofensive, înlătură pofta de supt şi obosesţe noul născut îngreuind astfel pornirea laptelui. Spre a evita gălbinarea, sfătuiesc moaşa ca în primul rând să păzească mai bine — decât de obiceiu — de răceală copilul după naştere (adesea noul născut este aruncat la o parte ca o rămăşiţă fără să fie cel puţin înfăşurat călduros, în al doilea rând imediat ce copilul îşi manifestă foamea — adesea la 2-3 ore după naştere, să i se dea să sugă sânul mamei câteva minute. Astfel avantajăm mai întâi pe mamă creind astfel condiţiile sufleteşti pentru stimularea laptelui, pe de altă parte împiedicăm astfel aşa zisă „uscare" a copilului asupra căreea s'a atras atenţia din partea mamoşilor. In timpul durerii facerii şi în timpul naşterii copilul primeşte extrem de puţină hrană dela mamă, adesea se observă la noul născut direct o stare de uscăciune — această stare de sete a copilului poate fi sau nu cauza gălbinării, experienţa dovedeşte în tot cazul că copii care nu au suferit de foame timp de 24 de ore sau chiar 48 de ore de dragul unei teorii capătă mai rar gălbinare. De altfel dacă copilul e înfăşurat călduros, scăderea fiziologică greutăţii sale, e neînsemnată. O altă cale de urmat pentru evitarea gălbenării la nouii născuţi este de a lăsa stratul vermix caseosa.

2) Evitarea inflamaţiei glandelor mamare.

Această turburare ce se produce în timpul lehuziei este considerată în multe Maternităţi drept voită de Dumnezeu. — Se lucrează cu cea mai mare îngrijire, în cea mai perfectă curăţenie, se împlinesc toate prescripţiile technice de alăptare şi de îngrijire a sânilor şi cu toate acestea adeseori se iveşte — **Mastita** —. Printre condiţiunile care favorizează formarea Mastitei — este şi alăptarea copilului abia după 24 — sau chiar 48 ore dela naştere. — O privire aruncată asupra obiceiurilor mamiferilor, nu poate decât să susţină vederile mele cu privire la necesitatea alăptărei imediate. — In loc ca laptele să se formeze şi să înceapă a curge în mod lent — observăm în general după câteva zile o isbucnire a sa, care poate produce închegarea şi

staza laptelui. — Puiul înfometat suge sfârcul fâţei până la răni. In aceiaşi situaţie mama e stăpânită de frica consecinţelor — unei inflamaţii a glandelor mamare şi în locul unei lehuzii petrecute în bună dispoziţie, ea manifestă teamă şi grijă, cuţitul chirurgului ameninţă mereu! Mama şi copilul suferă — însă.

Dacă copilul e totuşi alăptat la sânul inflamat, el va manifesta o nelinişte, care dovedeşte că laptele nu-i prieşte; adesea copilul se îmbolnăveşte de diaree şi furunculoză. — In mod obişnuit se fac şi alte greşeli fundamentale: inflamaţia glandelor mamare — porneşte dela sutienul tinerei fete. Aceste sutiene uzuale — astăzi închid sânului aerul şi hrana, căci sunt confecţionate din pânză neporoasă şi sunt astfel adaptate încât împiedică circulaţia sângelui. Ele ridică sânul care poate foarte bine sta ridicat fără nici un sprijin — şi moleşeşte astfel ţesutul.

Sfârcul sânului se află permanent într'un spaţiu umed şi din această cauză nu poate dobândi tăria necesară. Aceste vătămări ale civilizaţiei s'ar putea desigur înlătura printr'o explicare şi colaborare între medici şi patronii modei femenine.

După ce tânăra femee naşte un copil, ea îşi tratează sfârcul ba cu alcool, glicerină sau cu alifii speciale. Este dela sine înţeles, că prin aceste tratamente, sfârcul îşi pierde tăria necesară. Eu recomand fie ştergerea sfârcurilor — începând câteva zile înainte de naştere — zilnic, cu câteva picături de zeamă de lămâie, fie simpla lor frecare cu o periuţă de dinţi.

Dacă laptele porneşte la timp, dacă sânul e îngrijit şi curat, dacă nu transpiră prin înfăşurarea în pânzeturi, atunci nu se iveşte atât de uşor o imflamaţie la glandele mamare. Este dela sine înţeles că atât mama cât şi copilul trebuie păziţi de infecţiuni bacteriene, care se pot transmite dela vizitatori.

3) Ingrijirea femeilor însărcinate cu substanţe minerale în cantitate suficientă.

S'a constat că viitoarele mame au nevoie pe lângă hrană variată şi bogată în fructe şi legume de calciu şi fer. Eu administrez femeilor gravide, calciu sub formă de Fosfat şi Carbonat, chiar şi Florură de Ca, mai cu seamă în doze homeopatice, spre a stimula capacitatea de asimilare a Calciului, care în cele mai multe cazuri este în suferinţă. Deasemeni port grijă pentru schimbul de substanţe Feroase. Fetul foloseşte la păstrarea dinţilor, la mărirea puterii de rezistenţă a mamei faţă de infecţiunile şi o îngrijire alimentară mai bună a copilului a cărui vitalitate e astfel mărită şi odată cu această nevoie a sa de alimentare şi puterea sa de supt, ceeace este iarăşi în favoarea formării laptelui. Medicamentele administrate sunt Apatit D_6 (Calciu Fosforic), sau Conchae verae 5% (Carbonat de Calciu), Spatfluor D_6 — D_{10} (Florură de Calciu), Ferrum praep. D_4 sau D_6 şi Enzian — anemodoron, un medicament excelent pentru fixarea fierului şi pentru stimularea poftei de mâncare.

4) Stimularea formării laptelui.

a) **Pe calea psihică.** Moaşa care-mi cunoaşte metoda o aplică în mod favorabil. Astfel e necesar să scoatem din cap moaşei sau infir-

mierei prin sugestie verbală, ideea resemnării în privinţa capacităţii de alăptare. După aceea trecem la lehuză dacă-i cazul o pun în legătură telefonică cu alte mame la care am obţinut rezultate bune.

b) **Pe cale mecanică.** Pun să se fricţioneze şi să se maseze sânul şi partea superioară a corpului. Şi în această privinţă putem învăţa dela animale, care masează adesea puternic ţâţele mamei, pornind astfel laptele.

c) **Pe cale medicamentoasă.** Pe lângă diferite medicamente hemeopatice am obţinut rezultate bune cu ceaiul Lactagog Weleda, pe care l'am introdus într'o serie de Maternităţi. Multe moaşe îl folosesc datorită eficacităţii sale ca medicament indispensabil în timpul lehuziei. Aceste diferite metode şi medicamente ne-au dat, prin acţiunea lor comună, rezultate destul de frumoase. Adesea medicul trebuie să se străduiască mult, până să convingă mama să bea mult lichid. Eu cer mamelor să bea, după potolirea setei, 1-2 litri de lichid în 24 de ore.

5) Evitarea măsurilor de îngrijire greşite.

a) **La mamă.** Ştiind că medicamentele narcotice şi calmante împiedecă asupra formării laptelui şi că ele slăbesc forţele copilului, mamoşii ar trebui să prescrie aceste medicamente cu cea mai mare reticenţă. Dieta prescrisă mamei imediat după naştere poate fi desemnată uneori drept îngrozitoare.

b) **La copii,** sugarii nu se pot hrăni şi creşte după program. Ei pretind respectarea caracteristicei lor personale, dar fiind că ei nu cunosc conţinutul tratatelor noastre de specialitate, nu se pot orienta după acestea. Deasemeni, îngrijitoarele lehuzelor greşesc atunci când aplică pur şi simplu metodele şi obiceiurile învăţate la institutele unde s'au format, la lehuzele pe care le îngrijesc. De pildă alăptatul dela început după program de 5 ori pe zi. Adesea observăm că dacă mama alăptează din proprie iniţiativă de 6-8 ori eventual chiar în timpul nopţii, acest procedeu foloseşte pornirii şi formării laptelui. Atât pentru mamă cât şi pentru copil, această apropiere mai frecventă este un izvor de bucurii şi deci o creştere a sănătăţii lor. Aici participă nişte factori imponderabili, care nu trebuiesc despreţuiţi la intimitatea raporturilor dintre mamă şi copil. Prin urmare dacă infirmiera îşi amână aplicarea experienţelor sale de creştere până când laptele mamei începe să curgă în abundenţă şi regulat, n'o face decât în folosul laptelui.

Spre încheere nu vrem să scăpăm prilejul, de a exprima stima noastră mamelor care aduc copii pe lume. Ne simţim datori după o prealabilă verificare a instrucţiunilor noastre să arătăm mamelor micimea pericolului de naştere la copii în împrejurările actuale şi de a le sfătui să menţină hrănirea lor naturală cât mai mult timp cel puţin însă timp de 6 luni. Sperăm că Statul va lua măsuri vaste pentru ameliorarea condiţiunilor de locuit a lehuzelor. De asemenea se va îngriji de ajutoare pentru conducerea menajului, ca să nu mai fie nevoite să poarte singure grija de menaj, imediat după naştere mai ales când are şi câţiva copii în casă — şi afară de aceasta să mai găsească timp şi forţă pentru alăptarea noului născut.

Digitized by Biblioteca Universitară Iaşi

MASTOIDITA POATE FI EVITATĂ?

de

Prof. D-r PREDESCU-RION

O lungă experienţă, de 35 ani, mă îndiţueşte, să afirm că această foarte serioasă complicaţiune a otitei supurate poate fi înlăturată într'o proporţie foarte mare, atingând 9/10 din cazuri.

Să mă explic: Mai întâi puţintică recapitulare de anatomie. Urechea mijlocie comunică prin **Trompa lui Eustachi** cu faringele nazal pe de o parte, pe de alta cu mastoida (recte, antrul) prin **aditus ad antrum.** Marea majoritate a mastoidelor sunt pneumatice, cu celule de diferite mărimi. Toate celulele mastoidiene, chiar şi cele zise aberante comunică cu antrul prin canalicule cari dând dintr'unul în altul, sau separat, ajung la antrum. Tot astfel se întâmplă, şi cu mastoidele spongioase. Celulele mastoidiene sunt căptuşite de o mucoasă. Aşa cum e constituită, mastoida poate fi socotită că o „dependinţă" a faringelui.

Dacă microbii au reuşit să treacă din faringe în trompă, vor infecta urechea mijlocie şi foarte adesea şi mastoida:

Procesul îmbolnăvirei mastoidei urmează astfel: Din urechea medie microbii pătrund în antrum prin aditus, iar din antrum, în parte sau totalitatea celulelor mastoidiene. Acest fapt (până la **durerea provocată sau spontană)** îl dovedeşte **abundenţa scurgerei.**

In primul stadiu al îmbolnăvirei mastoidei, este numai o **reacţiune mastoidiană,** care, din punct de vedere clinic se manifestă prin:

1) Scurgerea abundentă, uneori foarte abundentă.

2) Temperatură, putând ajunge peste 41^0. Cel mai des între 38—39, seara.

3) Durere (fie numai asupra antrului, fie şi la o parte sau la toată mastoida) provocată prin apăsarea cu degetul, sau spontană.

4) Starea bolnavului, mai mult sau mai puţin rea, (în funcţie de virulenţa microbului şi reacţiunea individuală).

Printr'un tratament **logic,** reacţiunea mastoidiană, este vindecabilă **totdeauna.**

Când virulenţa este prea mare şi rezistenţa bolnavului redusă, se poate produce **mastoidita.** Prin ce proces? Mucoasa celulei este distrusă parţial sau total; de asemenea şi periostul. Păretele osos dintre celulele vecine va fi şi el distrus. Dela **conjonctivo-flegmon** (cum zice Mouret) prin evoluţie se ajunge la **osteo-conjonctivo-flegmon** adică dela **Reacţiunea mastoidiană** se ajunge la **Mastoidită.** Prin urmare numai când osul a fost interesat, se poate vorbi de mastoidită, deci numai atunci se poate şi trebue să se intervină în 8—9 din zece cazuri. Orice intervenţie, făcută în stadiul de reacţiune a mastoidei este nelogică şi anti-ştiinţifică, şi aceasta pe de o parte pentrucă împiedică o evoluţie a afecţiunei, care se poate termina în 5—10 zile de cele mai multe ori, pe de altă parte pentrucă prin intervenţia ne la locul ei, se va infecta osul şi va obliga pe bolnav la o suferinţă şi lungă şi chinuitoare.

Poate o inflamaţiune mastoidiană uşoară să evolueze spre

mastoidită prin tratament? De sigur. Iată cum: Aditus ad antrum este un canal lung de câţiva milimetri şi cu un diametru dela 1/2 — 2 milimetrii, căptuşit de o mucoasă. Atâta vreme cât acest canal rămâne deschis, deci atâta vreme cât puroiul se poate scurge spre afară, nu va fi pericol de o infectare şi a osului. Aceasta cu excepţia cazului când distrugerea este foarte rapidă, (scarlatină, gripă şi uneori pojar) câteva zile. Deci singura grijă a bolnavului şi a medicului, este de a nu împiedica fenomenul fiziologic.

Ce spun tratatele de specialitate? „In cazul că, mastoida este dureroasă" se recomandă prieşnitzele cât mai calde, schimbate des. Ce se întâmplă datorită prieşnitzelor? **Congestiunea locală este mărită.** Mucoasa care căptuşeşte aditus-ul, îl va închide prin strâmtoare progresivă. Ca atare puroiul nu se va mai putea scurge, iar: Durerea va spori, în loc să scadă. Temperatura la fel. Fenomenele locale se vor agrava. Starea bolnavului de asemenea. Radiografia va arăta: opacitate, fără distrugerea pereţilor osoşi intercelulari. Dacă aditus-ul nu se deschide, sau chiar un canalicul ale uneia sau mai multor celule, mucoasa celulară se va necroza, osul se va îmbolnăvi, radiografia (10—20 zile dela îmbolnăvire), va arăta osteita şi intervenţia devine obligatorie în 9 din 10 cazuri.

Deci întrebuinţarea căldurei sub formă de priesnitz, sau săculeţe cu sare, mălai, încălzit, sau pernă electrică, este dăunătoare, ca nelogică şi antiştiinţifică.

Nu-i dă nimănui în gând să trateze o congestie cerebrală, o salpingită etc., cu comprese calde. Răceala precum se ştie, este anticongestivă, pe de o parte, micşorează rezistenţa microbului pe de altă.

In consecinţă ţinând seama de cele spuse vom trata inflamaţiunea celulelor mastoidei cu **Ghiaţă.** Se va proceda în felul următor: Imediat ce mastoida reacţionează prin durere la început prin apăsare asupra antrului — se va paracenteza timpanul. A mai continua cu vărsarea de picături, în conduct, oricari ar fi (este o greşeală de terapeutică, absolut condamnabilă, căci lungeşte evoluţia boalei, expune pe bolnav la complicaţiuni. Apoi se va recomanda bolnavului, să facă o punguliţă (cât o mandarină), cu ghiaţă sfărâmată în bucăţele de mărimea aproximativă a unei alune. Se va înfăşura punga într'o, bucată de flaneluţă, sau barchet şi se va pune pe mastoidă, acoperind-o în întregime. Punguliţa se va lega de cap cu un tulpănaş sau o fâşie îngustă de pânză. Punga va fi ţinută **o oră**, dimineaţa şi seara. In cazul că temperatura este ridicată (peste 38°), iar durerea este resimţită spontan de bolnav, cu atât mai mult când toată mastoida este prinsă, se va aplica punga de 3—4 ori de dimineaţă până la 10—11 noaptea, câte o oră chiar şi o oră jumătate. In Cazul că ghiaţa s'a topit, se va schimba imediat. Dacă bolnavul se plânge că simte prea rece, se va dubla flaneluţa.

In multe cazuri mai severe am recomandat şi făcut să se aplice şedinţe de radioterapie 1-3, a 60-200 r., după vârstă.

Am spus mai sus că în 1-9, din 10 cazuri, când radiografia arată distrugerea pereţilor intercelulari în mastoidă, trebueşte intervenit. Dar dece nu şi în al zecelea caz? Pentrucă atunci când evoluţia

Digitized by Cluj University Library Cluj

(temperatura scade, durerea dispare, bolnavul ia din ce în ce o înfăţişare de bine) arată o tendinţă de normalizare, se poate încă aştepta. Mi s'a întâmplat că acest fenomen să se petreacă chiar mai des de cât 1 din 10. După dispariţia tuturor fenomenelor de boală, radiografia arăta dispariţia păreţilor intercelulari, dar se observa foarte bine un ţesut cu tendinţă de scleroză.

Deci intervenţia asupra mastoidei va fi dictată nu de radiografia singură, ci de radiografia împreună cu semnele patologice, fie el chiar unul singur de multe ori: durere, scurgere abundentă, febra vesperală, starea rea a bolnavului semn foarte important).

Iată acum şi câteva observaţiuni din cele numeroase ce posed.

Colonel V. I., 75 ani, gripă, a 6-a zi otită S. cu 39°, reacţ. mastoid. Paracenteză. Ghiaţă de 3 ori pe zi. Spălături cu apă steriliz. şi H_2O_2 (proporţia de 10%). Vindecat în 12 zile.

Vlad C., 6 ani, otită ac. dublă de 6 zile. Violentă reacţ. mastoid. Temp. 38—39,5 (seara). Ingrijit de un specialist, care i-a recomandat priesnitz cald permanent. Starea locală şi generală s'au agravat progresiv. Aplicând ghiaţa în locul priesnitzului, fenomenele alarmante au dispărut în 24 ore. Vindecat 10 zile mai târziu.

Maria M., 26 ani, acuză dureri în urechea dreaptă, de circa 24 ore. Mastoidă dureroasă la apăsare. Paracenteză, ghiaţă de 2 ori pe zi. Spălături cu H_2O_2 3%, în sol. de 10% (apă). Vindecată în 6 zile.

Tatiana R., 15 ani, vine dela Chişinău cu indicaţia de intervenţie asupra ambelor mastoide. Bolnavă de 10 zile. Stare rea, temp. 38—39, violentă reacţ. mastoid. Colegii specialişti ai Institutului unde era internată, au permis să o văd şi să i se aplice tratamentul prescris de mine. Vindecată în 10 zile cu ghiaţă şi obişnuitele spălături de H_2O_2 3% în sol. de 10% apă.

Nicolae C., 7 ani, otită dreaptă de 48 ore. Amigdalită acută lacunară. Tens. 38—39°. Reacţ. mastoidiană. Paracenteză, ghiaţă, spălături. Vindecat în 8 zile.

Florin D., 5 ani, otită ac. dublă de 2 zile. Tens. 40°. Violentă reacţ. mastoid. mai ales la dreapta. Paracenteză, ghiaţă, spălături. După 8 zile vindecat. Recidivă după 6 zile, însă afebrilă şi cu uşor edem retroauricular la dreapta. Din nou paracenteză, ghiaţă, etc. Vindecat în 4 zile.

Din acest caz se poate trage o concluzie: sau microbul este de o varietate rezistentă (coli, streptococ şi pneumococ, mucos), sau închiderea timpanului s'a făcut prea repede. In general când regiunea mastoidă este f. dureroasă, tratamentul trebue astfel condus, ca timpanul să rămână deschis circa 10—12 zile, în orice caz până dispare durerea.

In caz de recidivă rapidă, este bine să se facă un control bacteriologic al puroiului, ţinând seama că cele 3 varietăţi de microbi amintite, sunt uneori de o mare virulenţă, ceea ce reclamă multă atenţie.

Ionică S., 7 ani, otită ac. dr. de 24 ore. Reac. mastoid. moderată. Tens. 38,5. Paracenteză, ghiaţă, spălături. Vindecat în 5 zile.

Ionel W., 13 ani, otită ac. dublă de 3 zile. Violenţă reacţ. mastoid. Tens. peste 39°. Paracenteză, ghiaţă, spălături. Vindecat în 12 zile.

Adjutant Constantin D., 45 ani, otită acută dreaptă de 4 zile. Viol-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

reacţ. mastoid. Tens. peste 39°. Paracenteză, ghiaţă, spălături. Vindecat în 15 zile.

Farmacist Alexandru R., otită ar. S. Tens. peste 39°. Reacţ. mastoid. moderată de 24 ore. Paracenteză, ghiaţă, spălături. După 48 ore acuză dureri pe întreaga mastoidă. Ghiaţă de 4 ori pe zi. Durerile cedează a 12-a zi. Secreţ..: Stafilococul aureu. Vindecat în 18 zile. (Ca şi precedentul suferă de repetate guturaiuri).

Puiu C., 5 ani, otită acută de 12 zile. Temp. oscilând între 38—40°. Starea rea. Intreaga mastoidă foarte dureroasă. Tratat de un specialist 11 zile cu priesnitze permanente. Radiografia: opacitate intensă. Inlocuesc priesnitzele prin ghiaţă, spălături, radioscopie.. După 10 zile: dureri uşoare numai în regiunea antrului, afebril, stare destul de bună. Radiografia: uşor văl. Vindecat în 15 zile. Radiografia făcută 2 luni mai târziu, dă un rezultat asemănător ca şi precedentă.

D-na Paula I.. 38 ani, otită acută S. de 3 zile, violenţă reacţ. mast. Tens. oscilând între 38—39,5. Starea rea. Paracenteză, ghiaţă, spălături. Vindecată în 14 zile.

Am avut şi cazuri severe, când am recomandat ghiaţa o oră da, o oră nu, de 5-6 ori pe zi. De când aplic numai acest tratament, nici unul dintre bolnavi cari au urmat riguros prescripţiunea făcută, n'a fost nevoe să fie operat.

Fără îndoială că cel sau cei ce îngrijesc pe bolnav, trebue să fie pătruns de adevăr şi să execute cu sfinţenie, ceeace i se spune.

Am avut mult de luptat atât cu familia, cu numeroşii medici de ocazie (rude, prieteni) cât şi cu medici titraţi, spre a-i convinge despre valoarea tratamentului. Am mers de multe ori, până a spune categoric, că-mi iau întreaga răspundere a situaţiei (de sigur o mare îndrăzneală), pentru a impune punctul de vedere. Ce greu este să lupţi cu rutina, cu obiceiuri înrădăcinate de decenii.

Am avut şi cazuri, când am fost înlocuit şi s'a revenit la priesnitzul cald, mastoidita s'a instalat..., iar eu am fost vinovatul, căci „s'a răcit mastoida".

Intr'un caz (un băiat de 6 ani), medicul s'a grăbit să vină cu cartea, pentru a arăta greşala mea.

Pe lângă cele spuse, nu se va uita o „curăţire" a mucoasei nazale. După diverse încercări m'am oprit la următoarea formulă: Eucaliptol 5-6 picăt., Rezorcină 4 ctgr., ol. de parafină 100 gr. S'ar părea un medicament tip homeopatic. Şi totuş foarte activ. Cu condiţia, de a turna la 2 ore câte 6-8-10 picături în fiecare nară, capul mai jos de planul orizontal, pentruca şi cavul să primească.

Soluţiile uleioase, sau aproape concentrate, sunt iritante, greu tolerate, trebuesc întrebuinţate ca atare numai de 2 ori pe zi, deci slab operante. A turna la 2 ore o soluţie foarte slabă (ca ced de mai sus), înseamnă a provoca mai mult o excitaţie uşoară a mucoasei nazale, deci a o obliga să se cureţe singură, prin secreţiunea ce se produce.

Să nu se uite că diversele preparate în „in", în „ol", sau mai ştiu eu care terminaţiune, au provocat tot atâtea „Rinite medicamentoase" cât poate şi vindecări. Nu e locul să spun mai mult aci despre acest fapt.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şi pentru a termina, stimate coleg, înainte de a vă hotărî la o operaţie asupra mastoidei (în primele 15-16 zile) copilului, soţiei, bolnavului D-voastră, încercaţi tratamentul propus de mine. Veţi fi mulţumit.

Afară de cazul când intervenţia se impune — prin gravitatea fenomenelor — chiar din primele 4-5 zile, chiar şi 24 ore, mastoida poate aştepta 3-4 săptămâni spre a fi operată. Deci nu vă grăbiţi la operaţie şi încercaţi... punga cu ghiaţă.

Cercetând literatura medicală, am găsit la capitolul „Mastoidite" în Précis de „Thèrapeutique" ed. 2-a d-l Debove-Pouchet-Salard că recomandă „căldură sau răceală".

Când am citit n'am luat în seamă.

Imprejurările m'au condus la punga de ghiaţă — mult mai târziu.

Este posibil ca cineva să fi întrebuinţat ghiaţa, dar n'am reuşit să găsesc. Bănuesc, că în orice caz trebue să se mai fi gândit cineva la acest admirabil mijloc de tratament, mai ales când nu erau la îndemână mijloacele noastre de azi.

De ce nu am întrebuinţat sulfamidele? Pentru-că ştiu din experienţa altor confraţi, că rezultatele sunt îndoielnice pe de o parte, pe de alta că acolo unde este puroi primează operaţia (în speţă paracentează) şi în al 3-lea rând că sulfamidele având o acţiune congestivă, în primul stadiu al otitei şi al inflamaţiunei mastoidiene nu pot fi indicate.

De sigur sulfamidele păstrează întreaga lor valoare, dar trebuesc administrate la vremea cuvenită şi mai ales cu tot discernământul.

In tot cazul în primele zile trebuesc evitate. De sigur că în cazul unei meningite (care se poate observa după 10-15 ore), nu mai stăm la îndoială, să administrăm dozele masive necesare (15-20 gr. în 24 ore).

Iar pentru a termina, voi susţine sus şi tare, „întrebuinţaţi orice afară de căldură, pentru a trata inflamaţiunea mastoidiană".

Căldura linişteşte uneori durerea, dar agravează adesea, pentru a nu spune foarte adesea, fenomenele locale.

Note terapeutice

FIZIOTERAPIA IN TRATAMENTUL OBEZITAŢII;
DIAGNOSTIC ŞI INDICAŢII DE TRATAMENT PRIN METODA DAUSSET-FERRIER

de

D-r EUGENIA COPCEA

In repetate rânduri am comunicat [1]) rezultate satisfăcătoare atât în ceeace priveşte diagnosticul şi indicaţia de tratament obţinută prin metoda Dausset şi Ferrier, cât şi aplicarea tratamentului în multiplele aspecte de turburări endocriniene.

Interesant este rezultatul ce am putut obţine în ultima vreme aplicând tratamentul fiziotherapic endocrinian, într'un caz de obezitate, pe care îl prezintăm mai jos:

Bolnava C. D. de 23 ani, necăsătorită, se prezintă la consultaţii la 11 Mai 1945, pentru cefalee, stări de nervosism alternând cu melancolie sau irascibilitate. Sistemul adipos mult desvoltat, greutatea corporală 128 kgr. Prima menstruaţie la 14 ani, dela început nu se instalează normal, ci are intervale de 1½—2 luni. Durata 3—5 zile, abundent, uneori dismenoree. Ciclu menstrual se menţine acelaşi până la vârsta actuală.

Examen genital: Himen intact, la tuscul rectal uter şi ovare normal desvoltate. Bolnava este farmacistă şi afirmă că nu remarcă nicio turburare intelectuală.

Ceeace o supără pe pacientă, este obezitatea pe care a încercat să o amelioreze cu regim alimentar cantitativ şi calitativ (de 2 ani nu a gustat pâinea), dar maximum de scădere a fost de 10 kgr., şi atunci starea generală lăsa mult de dorit, deoarece bolnava se simţea debilitată din cauza subalimentaţiei.

Procedez la electrodiograma endocriniană şi constat o discrinie poliglandulară, interesând tiroida, hipofiza şi glandele mamare. In urma rezultatului obţinut o sfătuesc să urmeze un tratament de diatermie rece (100 milliamperi) zilnic, alternând pe fiecare din glandele deficiente.

---

1) Com. la Academia de Ştiinţe — Secţiunea de Biologie aplicată. Comptes-Rendus — 1944-1945.

Bolnava face câte 5 şedinţe de fiecare glandă, apoi două săptămâni pauză, repetă acelaşi tratament de 15 zile şi după o altă pauză de o lună, repetă o altă serie de 15 şedinţe.

Chiar în timpul tratamentului începe să slăbească simţitor ci îmi afirmă mulţumită că la fiecare două săptămâni trebue să-şi strâmteze rochiţile. In luna Sept. revine pentru o nouă serie de tratament şi îmi spune că a dat 22 kgr.; în Dec. repetă diatermiile şi în Febr. anul curent revine la tratament, se cântăreşte şi constată că a dat 46 kgr., deşi regimul alimentar nu a fost cu nimic excepţional faţă de a celorlalţi din casă. Ciclul menstrual s'a normalizat complect.

Rezultatele obţinute în cazul de mai sus, se explică bine înţeles — prin acea că curentul diatermic rece, care s'a constatat că are un efect stimulant asupra glendei pe care îl aplicăm a determinat şi la această bolnavă un stimul în funcţiunea secretorie endocriniană.

Hormonii astfel elaboraţi, în cantitate mult mărită, activează circulaţia generală şi arderile crescând, consumă depozitele adipoase din organism, prin accentuarea metabolismului grăsimilor.

In general se poate atrage concluzia că la toate bolnavele a căror electrodiagramă a indicat o hypofuncţiune mono sau poliglandulară, şi care urmează apoi tratamentul diatermic rece se constată o scădere în greutate tot prin în acelaş mecanism al activităţii metabolismului grăsimilor.

Putem deci. să afirmăm că tratamentul electric endocrinian este indicat în toate cazurile de obezitate, în care ştim că factorul etiologic cel mai important este reprezentat de o hypofuncţiune endocriniană.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul Central de Boli mintale şi nervoase, Lucrare din Serviciul I Neurologic Medic Primar: Agreg. D-r D. Paulian.

CAZURI CLINICE TRATATE CU PENICILLINĂ

de

D-r N. IGNA şi **D-r C. I. POPESCU**

In luna Februarie 1946, împrejurarea a făcut să fim în posesia unei cantităţi de 1.500.000 unităţi Oxford, (15 fiole a 100.000 unităţi) Penicillin sodium, preparată de casa Squibb din New-York (U. S. A.).

In scopul de a ne putea lămuri şi convinge personal asupra eficacităţii acestui medicament, am căutat să-l întrebuinţăm pe un număr cât mai variat de cazuri, dintre cele asupra cărora mijloacele terapeutice de care dispuneam (sulfamide) nu au dat rezultatele dorite.

Faptul că am avut la dispoziţie o cantitate apreciabilă de pe-

nicillină, ne îndreptățește să tragem unele concluzii asupra valorii ei terapeutice.

Împărtășim pe această cale observațiile noastre asupra eficacității penicillinei, convinși fiind, că din cauza greutății de a o procura și a prețului ridicat, cea mai mare parte dintre colegi nu au putut folosi personal până în prezent acest excelent mijloc terapeutic.

Am tratat cu penicillina șapte bolnavi, la cari sulfamidele nu au dat rezultate bune și anume: două cazuri cu abces pulmonar, un caz cu febră puerperală, un caz cu tuberculoză pulmonară care avea supraadăugată o congestie pulmonară, un caz de epididimo-deferentită gonococică dreaptă și două cazuri blenoragie acută.

Medicamentul s'a administrat sub forma de injecții intra-musculare, după ce mai întâiu a fost dizolvat în ser fiziologic steril în așa mod ca fiecare cmc. să conțină 5.000 unități Oxford.

Injecțiile s'au făcut din 3 în 3 ore câte 25.000 unități (5 cmc).

Afară de unul din cazurile cu abces pulmonar, a cărui observație o dăm pe scurt mai jos, care a primit 300.000 unități, toți ceilalți bolnavi au primit câte 200.000 unități Oxford de penicillină.

Ca vârstă, bolnavii tratați au fost între 20—55 ani.

Medicamentul a fost foarte bine suportat de toți bolnavii, fără durere la locul injecțiilor, sau vre'o reacție generală.

Chiar după a 2-a injecție (50.000 unități), toți bolnavii ne-au declarat că au o senzație de bine, de liniște, euphorie care s'a accentuat și s'a menținut și după 24 ore.

Acest simptom nu l-am găsit menționat în literatura ce am putut avea la dispoziție.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ne-a impresionat cu totul deosebit evoluția, putem spune miraculoasă a boalei, la cei doi bolnavi cu abces pulmonar și la femeia cu febră puerperală, la cari dela starea foarte gravă în care se găseau, s'a ajuns în timp extrem de scurt la vindecare.

Pentru a nu da o extensiune prea mare comunicării noastre, dăm mai jos numai una din cele șapte observații clinice ce posedăm dela bolnavii tratați cu penicillină:

Plut.-maj. D. F., șef ad-ție, în vârstă de 54 ani, este adus în spital în ziua de 26 Febr. 1946, în stare foarte gravă, cianotic, cu dispnee, temperatura 39,8, puls 120, slab bătut, delir, junghiu în hemitoracele stâng, tuse foarte supărătoare cu expectorație abundentă, cu aspect chocolotiu și de o feditate care făcea imposibilă șederea altor bolnavi în același salon.

Ex. radioscopic ne arată: „O imaginee cavitară de mărimea unei lămâi în zona mijlocie a câmpului pulmonar stâng, înconjurată de o bandă congestivă mai accentuată în partea inferioară".

Bolnav de o lună de zile, după o congestie pulmonară i s'a diagnosticat un abces pulmonar stâng. A încercat tratamentul cu sulfamide (sulfapiridin), Natriu benzoic intravenos și pulmosept intramuscular, fără rezultat.

Chiar la venirea în spital i se administrează Penicilina în cantitate de 100.000 unități în 24 ore. După 24 ore, bolnavul se simte bine dispus, euphoric chiar, afebril, tusea și expectorație reduse, junghiul dispărut, feditatea halenei și expectorației deasemeni foarte redusă.

Se continuă tratamentul cu Penicilină încă 2 zile, adică în total 300.000 unităţi. După şase zile părăseşte spitalul în stare foarte bună.

Revăzut după 2 săptămâni, bolnavul arată foarte bine, stare generală bună, afebril, expectoraţie aproape de loc, iar examenul radioscopic arată: „O umbră ovalară de tonalitate medie în zona mijlocie a câmpului pulmonar stâng, cu aspectul unui bloc congestiv pe cale de rezorbţie".

La bolnavul cu **t. b. c. pulmonară** şi cu **congestie pulmonară** supraadăugată, au cedat complect fenomenele de congestie pulmonară, iar bolnavul, ca toţi ceilalţi de altfel, a prezentat o stare pronunţată de euphorie. Proceesul t. b. c. pulmonar nu pare să fi fost influenţat în niciun fel, fapt ce concordă cu noţiunile publicate până în prezent.

In cazul de **epididimită blenoragică** au cedat chiar de a 2-a zi durerile locale, tumefacţia şi scurgerea uretrală, iar urinele s'au limpezit. După 6 zile însă a reapărut secreţia în care s'au găsit la examenul microscopic rari gonococi extracelulari.

De asemeni în cele 2 cazuri de **blenoragie acută** sulfamidorezistente, a cedat scurgerea şi s'au limpezit urinele după prima zi de tratament.

Urmăriţi mai departe, s'a observat că la 5—6 zile a reapărut o uşoară secreţie uretrală în care s'au găsit foarte rari gonococi.

Suntem de părere că succesele parţiale obţinute la aceşti din urmă bolnavi se datoresc unei subdozări a medicamentului, fiindcă deşi li s'a administrat câte 200.000 unităţi penicillină, adică tot atât cât se administrează la cazuri similare în America, faptul că am întrebuinţat medicamentul la 20 zile după data care indică limita eficacităţii (12 Febr. 1946) şi fără a avea garanţia că medicamentul a fost păstrat şi transportat până a ajuns să fie întrebuinţat de noi, în condiţiunile necesare, ne îndreptăţesc să credem că aceasta îşi pierduse o parte din proprietăţile sale terapeutice.

In urma observaţiilor noastre suntem convinşi că cu o singură fiolă (100.000) de penicillină nu se pot observa rezultate definitive în cele mai multe afecţiuni.

Această noţiune are o mare importanţă practică, fiindcă bolnavii în urma publicităţii largi făcute în jurul acestui medicament, sunt înclinaţi a crede că o singură fiolă de penicillină ar avea efecte miraculoase şi ar fi suficientă pentru orice vindecare.

(Lucrarea din Spitalul Militar Alba-Iulia).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

† D-r ROBERT HENȚE.

Medicina românească înscrie o nouă victimă a tifusului exantematic. Un nou gol în rândurile ei în luptă cu necruțătoarea boală. Un nou tribut al profesiunei noastre zeloase, în slujba cruțării altor vieți. Un nou căzut la datorie „în timpul și din cauza serviciului"!.

Spre a nu cădea în uitare cel ce a fost o pildă de virtute și abnegație, cinste ireproșabilă și profesiune dusă până la apostolat, ca un omagiu postum, îmi fac o datorie sacră să-i scot amintirea la lumină.

S'a născut la Brăila la 12 August 1904. A absolvit cursul primar și liceal în orașul natal. Luându-și bacalaureatul în 1925 și fiind înclinat spre mângâierea aproapelui căzut în suferință, se înscrie la Facultatea de Medicină din București, de unde în anul 1943 obține titlul de Doctor în Medicină și Chirurgie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pătruns de necesitatea alinării suferințelor celor mulți dar modești, primește cu satisfacție un post de medic de circumscripție rurală în județul Ialomița. Transferat în județul Brăila, la 1937, conduce pe rând Circ. Insurăței, Ianca și Cioara, unde își găsește din nenorocire moartea.

Popular, blând, jovial și amabil cu toți cei ce-I solicitau; zelos până la sacrificiu, sfida cu bărbăție și adâncă constiinciozitate profesională toate primejdiile inerente profesiunei de medic, fiind mereu prezent în mijlocul bolnavilor, spre a le alina suferințele și alunga moartea.

Inapoiat din războiu face dureroase sacrificii pentru a realiza, în mediu rural lipsit de condițiuni civilizate, o instalație radiologică în slujba poporului, de care era atât de legat. Era un idealist și vrednic inițiator!

Astfel în plină activitate, în combaterea epidemiei de tifus exantematic, sfidând pericolul permanent, în care se găsea el însuși, cade la datorie în lunie 1945, răpus în plină tinerețe, în plină vigoare și plin de idealism.

Moare făcându-și din plin datoria!

Moartea sa constitue o grea pierdere pentru colegi, lăsând un gol de neînlocuit, ce ne strânge inima de profundă durere.

Cu gândul îndoliat de sfârșitul său crud, să vărsăm o lacrimă caldă de adânc regret pe mormântul celui ce ne-a fost coleg, spre a-i păstra o duioasă amintire!

D-r. Ioan N. Tatoiu

ANALIZE

Activitate ştiinţifică

MEMORIU DE TITLURI ŞI LUCRĂRI

de

D-r EUGEN I. BANU

Tip. „Fraţii Dumitrescu"-Buzeu, 1945

In cadrul unei broşuri de 34 pag., Autorul Medic primar al Spit., de Contagioşi din Buzău, un eminent specialist în materie, expune activitatea sa universitară, de laborator, de spital şi de ordin ştiinţific.

Student al Facultăţii de medicină din Bucureşti, fost Extern şi Intern al Spitalelor Civile, Medic preparator de Serv. de Boli Contagioase, Preparator al Institutului de Histologie al Fac. de medicină din Bucureşti, Medic primar prin concurs al M-terului Sănătăţii în Boli Contagioase, autorul a trecut teza pe subiectul **„Studiul histo-fiziologic al glandei diastematice interstiţiale a testiculului"** lucrată în Institutul de Histologie, iar prin lucrarea **„Histo-pathologie des Neuro-infections primitives humaines"** scrisă în colaborare cu D-l Conf. State Drăgănescu, a obţinut „Premiul Oroveanu" al Academiei Române.

A lucrat mai cu seamă în domenul **histo-anatomici patologice a bolilor infecţioase,** în care a publicat lucrări remarcabile, singur şi în colaborare, în diverse periodice româneşti şi străine de specialitate.

Ast-fel; între altele: Effets des toxines gangerneuses et diphteriques chez le cobaye. — Consideraţiuni anatomo-clinice asupra septico-piohemiilor otice şi tratamentul lor prin ligatura jugularei interne. — A propos des lésions cerebelleuses du typhus exantematique. — Recherches sur la fonction et le rôle de la microglie dans la scarlatine hypertoxique. — A propos de l'atrophie ponto-cerebelo-olevaire (cu lesiuni asociate, făcând obiectul a mai multor comunicări). — Numeroase lucrări experimentale de endocrinologie. — Resultats comparatifs de la reaction de Bordet-Wassermann clasique et de la réaction de Muttermilch (pe 3882 cazuri, cu sensibilitate şi precocitate mai mare pentru reacţia muttermilch, cu seruri proaspete încălzite). — Câteva lucrări în scarlatină (parte publicate în această revistă).

Numeroase alte comunicări, făcute în cadrul Societăţilor medicale româneşti, complectează expuenrea.

In „Cuvânt înainte" autorul scrie că atunci când i s'a făcut numirea ca medic primar al spit. de boli contagioase din Buzeu,

unul din membrii Comisiunei ad-tive i-a spus: „Ţi-am semnat actul de înmormântare clasa I-a în provincie". Cam la fel cum — relatează D-l D-r Oprea Ruscă — spunea un D. Ministru al Sănătăţii studenţilor în medicină, pe cari îi trimitea la ţară ca medici de circumscripţie cu drepturi egale cu ale celor vechi, nu subalterni: „medicii de circumscripţie sunt cei mai proşti medici".

Dar „dela Craiova venea regulat „Mişcarea Medicală Română" care, învingând toate dificultăţile, ne încuraja pe acei de aici (din provincie N. R.) la o muncă mai activă şi mai apropiată de cea ştiinţifică şi ne deştepta veşnic dorinţa de a face o lucrare mai bună, mai complectă" — adaogă D-sa mai departe, pentru a explica frumoasa activitate de ordin ştiinţific, pe care a continuat-o şi dupe ce a plecat în provincie, în care se afla când a devenit laureat al Academiei române. Ca şi conducătorul acestei reviste, de alt-fel. Cea ce dovedeşte că un medic valoros nu se înmormântează în provincie, dacă...; că în Capitală nu se favorizează numai de cât activitatea ştiinţifică, — dacă nu....; în fine că unul din scopurile pentru care ne străduim în coloanele acestei reviste, acela de a anima viaţa medicală românească de ordin ştiinţific, este atins.

M. C.

TITLURI ŞI LUCRĂRI

de

D-r M. V. PLATAREANU

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Bucovina" Bucureşti, 1944

Autorul Medic Primar Şef al Serviciului de Consultaţii chirurgicale şi Urgenţe din Spitalul „D-r Cantacuzino" din Bucureşti, membru titular al Academiei de Ştiinţe din România, expune într'o primă broşură care se întinde cronologic până în anul 1943 inclusiv, datele referitoare la Titluri, Activitate didactică, Onorificenţe, colaborare ştiinţifică, Distincţiuni, Atribuţiuni în timpul războiului actual, activitatea spitaliceasca, activitatea chirurgicală de război.

De formaţie chirurgicală, autorul a trecut prin toată filiera spitaliceasca până la Medic primar de consultaţii chirurgicale şi Urgenţe cu paturi, în spitalul „D-r Cantacuzino" din Bucureşti. A desvoltat o bogată şi plină de orginalitate activitate ştiinţifică până a fi primit ca Membru Titular în Academia de Ştiinţă din România, — activitate desfăşurată în 267 lucrări, articole ştiinţifice, comunicări, conferinţe, discursuri, studii istoriografice medicale. De gândire medicală generală, căpătată prin acumulare de noţiuni variate de medicină şi prin aprofundarea istoriei medicinei, în care a publicat numeroase studii, autorul foloseşte un bogat material cazuistic pentru a întreprinde studii de ansamblu sub formă de tratate şi monografii, şi a expune puncte de vedere originale. Foarte multe din cercetările sale îşi găsesc o aplicare practică imediată şi o verificare promptă.

Menţionăm dintre lucrările ştiinţifice apărute sub forma de tratate, monografii, studii, dări de seamă:

Faza actuală a tratamentului fibromiomului uterin, care a servit ca subiect de teză în 1926. — **Ţesutul conjunctiv,** lucrare de 115 pag., scrisă în colaborare cu D-nii D-ri V. Gomoiu şi A. Cârstea. — **Aparatul cardiovascular,** Tratat de 400 pagini. — **Centenarul Spitalului Brâncovenesc,** lucrare în colab. cu D-r V. Gomoiu, 460 pagini format mare. — **La Croix dans le folklore médical roumain,** lucrare scrisă în colab. cu D-r V. Gomoiu. — **Gangrena gazoasă (Celulita necrotică hipertoxică),** studiu asupra gangrenei gazoase făcut în actualul războiu.

Ca lucrări în preparaţie menţionăm: **Un tratat de patologie chirurgicală,** care va apare în fascicole. — **Un Manual practic pentru îngrijirea bolnavilor,** ilustrat. — **Istoria generală a chirurgiei,** dela început până în zilele noastre.

Multe din lucrările autorului au fost publicate în cadrul acestei reviste, unele sunt pe cale de publicare, iar altele au fost semnalate sau recenzate la timp. D-l D-r V. Plătăreanu face parte din colaboratorii principali asidui pentru partea chirurgicală cu specialităţi, cu care revista se cinsteşte.

Activitate de spital

GH. BĂJEU: **Raport asupra activităţii chirurgicale la Spitalul de Z. I. 252 de „Cruce Roşie" din Tg.-Jiu.** Tip. „Gorjanul" 1945, Tg.-Jiu.

Autorul expune activitatea şi organizarea acestui Spital de Z. I., care a funcţionat dela 1 Mai 1944 până la 1 Mai 1945. S'au primit 1552 bolnavi dintre cari 1175 răniţi şi 377 bolnavi de boli interne; s'au operat 209 răniţi; s'a înregistrat o mortalitate de 13 cazuri, ceea ce revine la un procent de 1,2%. Spitalul fiind un spital de „staţie terminus", autorul expune cum a procedat în diferite cazuri, conform împrejurărilor şi „profesiunei sale de credinţă".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aeronautică

OD. APOSTOL: **Accidentele de aviaţie.** Broşura, 1945.

Intr'o comunicare făcută la Academia de Ştiinţe în ziua de 22/IV/945, autorul face consideraţiuni generale asupra **Accidentelor în aviaţie,** cu menţionare a accidentelor survenite la noi şi a măsurilor luate pentru evitare. La sfârşit se citează cele 34 studii de specialitate publicate de autor.

Biochimie

M. B. MANOLIU: **Quelques data biochimiques dans la bronchite chronique avec emphysème pulmonaire.** Rev. Méd.-Chirurg de Iassy No. 1/946.

Pe 20 cazuri, autorul a găsit: eosinofilie în sânge în proporţie de 45%; rezervă alcalină crescută la 70% a cazurilor; calciul micşorat în 65%; eosinofilele în mare cantitate în spută la 25% a cazurilor. In concluzie, constatarea în mare proporţie a hiperalcalozei, a hipocalcemiei, a eosinofiliei în sânge şi spută, — simptome cari se întâlnesc des în spasmofilie, fac să intre în această stare maladivă alături de tetanie şi astm şi anumite cazuri de bronşită cu emfizem.

M. C.

Chirurgie

GH. CHIPAIL, N. OBLU şi C. BUDURCA: **Tratamentul prin imobilizare a plăgilor musculare.** Rev. méd.-chirurg. de Iassy, No. 1/946.

Autorii au tratat 6 răniţi cu plăgi musculare prin imobilizare în aparat gipsat, în opoziţie cu alţi 5 răniţi cu plăgi similare. Imobilizarea, precedată de excizie chirurgicală şi urmată de pansamente la interval de 2-6 zile, a durat 30 zile aproximativ. Rezultatele au fost bune: fenomenele septice au cedat repede, cicatrizarea a fost grăbită, nicio retracţie vicioasă n'a urmat.

M. C.

Dermato-venerice

VIRUSURILE IN ETIOLOGIA ŞI PATOGENEZA BOLILOR DE PIELE ŞI VENERICE DERMATOVIROZE-VENEROVIROZE

de

D-r E. I. BOLOGA

Tip. „Cartea Românească din Cluj", Sibiu, 1945

Intr'o monografie de 158 pagini autorul în continuarea Ciclului de **Sinteze dermatologice**, început în 1944 prin lucrarea „Ereditatea bolilor de piele" şi pregătit prin lucrări similare publicate asupra corelaţiunilor funcţionale ale pielei cu diferite sisteme sau organe, publică această nouă lucrare de sinteză şi concepţie, în care aduce o clasificaţie personală, înţelegând prin **Dematoviroze** acele boli de piele produse prin virusuri şi prin **Veneroviroze** acele boli venerice produse prin virusuri cu acţiune electivă asupra organelor genitale şi cari sunt transmise prin contact sexual.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In Partea generală, se expun: In Introducere, concepţiile asupra pielei considerată ca organ de importanţă considerabilă în patologie, prin dependenţele strânse cu întreaga economie a organismului; — contribuţiile autorilor români, Prof. C. Levaditi şi Şt. Nicolau, în materie; — diversele clasificaţii încercate în dermatologie în decursul timpului, la care se adaogă acum acea a autorului de faţă, de **Dermotoviroze** şi **Veneroviroze.** Apoi, urmează: Consideraţiuni g-rale asupra virusurilor filtrabile. — Comportarea biologică a virusurilor. — Clasificarea virusurilor filtrabile şi a virozelor în general. — Clasificarea Dematovirozelor şi Venero-Virozelor.

In Partea specială: **Dermatovirozele local hiperplazice** (condilomele acuminate, Moluscul contagios, Verucele vulgare). — **Grupul herpesului** (Infecţiunile neuro-dermotrope: Herpesal febril, Herpesul veneric, Zona (herpes Zoster). — **Manifestaţiuni cutanate şi mucoase în cursul febrelor eruptive de natură cert virozică** (Scarlatina, Rugeola, Rubeola, Boala a patra, Boala a cincea, Variola, Alastrimul, Vaccina şi Paravaccina (Vaccina roşie), Varicela, Tifosul exantematic, Febrele exantematice, Dengue, Febra Pappataci, Febra aftoasă, Papilomul laringian, Aftoidul). — **Dermatoze de natură pro-**

babil virozică (Acrodermatita continuo Hallopeau, Boala cu noduli a mulgătorilor, Caratés, Dermatita herpetiformă Dühring, Eritemul infecţios multiform, Eritemul nodos, Eritemul exudativ multiform, Fagedenismul, Herpes Gestationis, Impetigo herpetiform, Lichenul ruber plan, Pemfigusul, Psoriaza vulgară „Verruga de Peru). — **Veneroviroze** (Boala lui Nicolas-Favre, Herpesul veneric, Moluscul contagios, Blenoragia negonococică a genitalelor).

Am menţionat întreagă această Tablă de materie cu atâtea boale, de cari va trebui să aibă cunoştiinţă şi dermatologul, căruia i se poate adresa pe bună dreptate un bolnav cu manifestaţiuni cutanate, şi pe care trebue să-l intereseze tot ce are raport cu pielea. Această trecere în revistă interesează pe orice medic, mai ales pe practician, căruia monografia de faţă îi prezintă pe scurt, în trăsături esenţiale, caracterele atâtor boale disparate pe cari pielea le poate reuni, boale unele frequente pe lângă care trece fără să le cunoască, iar altele de extremă raritate pe cari nu este nevoit să le caute în tratate speciale. Avându-le sub ochi, poate că se va gândi mai des la ele şi diagnostica mai uşor. Unele din boalele menţionate nu sunt trecute nici în tratatele clasice.

Este plină de înţeles concepţia largă sub care cuprinde autorul etiologia, patogenia şi clinica boalelor de piele. Concepţie de care va trebui să beneficieze terapeutica boalelor de piele, atât de frequente, unele puţin cunoscute şi cele mai multe puţin influenţate de mulţimea tratamentelor propuse. Pielea este organul cel mai puţin explorat cu succes de medici. De medicii specialişti. Lucrarea de faţă lor li se adresează cu precădere.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Endocrinologie

Prof. N. HORTOLOMEI et I. JUVARA: **Considérations sur la tétanie parathyréoprive et son traitement par la greffe osseuse.** Acta endocrinologica, No. 2/945.

Pentru a se preveni instalarea unui mixedem sau tetanii dupe intervenţiile făcute pe tiroidă, se iau diferite măsuri. Intre acestea, introducerea unui greffon osos, fiind date legăturile cari există între funcţia osului şi formaţia glandelor parotiroidiene. Oppel în 1925 a preconizat grefa osoasă în tratamentul tetaniei.

Autorii relatează 2 obs. clinice, în cari au recurs la greffonul osos, recomandând pentru a preveni tetania post-operatoare ligatura pediculilor vasculari, apoi o conserva o lamă posterioară de ţesut tiroidian şi de a respecta spaţiul retro-tiroidian în cursul operaţiei.

M. C.

Fisiopatologie

SINDROMUL KINETOZELOR

de

OD. APOSTOL

Tip: Aeronauticei Regale române, Bucureşti, 1945

Autorul, specialist în medicina aeronautică, pe care o practică în mod profesional, studiază 3 grupe de sindrome, pe cari le numeşte **Kinetose**, înţelegând prin această definiţie totalitatea simptomelor somato-neuro- psichice cari se înregistrează la indivizii sensibili în raport cu diferite mişcări la cari sunt supuşi. Intre Kinetoze deosebeşte: **Hypsipetopatia**, care cuprinde răul de munte, adică răul de altitudine: în ascensiunile pe munţi, cu balonul, în camera de experienţă pneumatică. — **Hydronaupathia**, adică râul de mare, (caşi în lungul navigaţiei pe fluvii, râuri, lacuri, oceane). — **Aeropetopathia**, care survine în aeronavigaţie.

Este un studiu de ansamblu în care se expune sucint tot ce priveşte istoricul, simptomele, fiziopatologia şi tratamentul acestor sindrome.

M. C.

Ginecologie

ASUPRA TERAPIEI ACTIVE IN AVORTUL FEBRIL ŞI IN RESTURI PLACENTARE POST PARTUM

de

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. DANICICO şi **TH. DAVID**

Tip. „Cartea Românească" Cluj, 1945

D-nii D-r I. Danicico, medic primar chirurg al Spit. de Stat din Oraviţa, şi Th. David, într'o lucrare de remarcabilă valoare ştiinţifică şi folos practic fac studiul de faţă **„Asupra terapiei active în avortul febril şi în resturi placentare post partum"**, recomandând întrebuinţarea sistematică a **Pituitrinei ca mijloc de protecţie în raclaje şi în controlul uterin.**

Prezentarea însoţită de elogii o face D-l Prof., M. Kernbach, Decanul Facultăţii de medicină din Cluj, care subliniează caracterul social al lucrării şi atrage atenţia asupra aspectului medico-legal al problemei „medicul legist fiind în situaţie să declare drept eroare medicală, datorită ignoraţiei sau nerespectării regulelor ginecologice conduita medicului care n'a aplicat una din metodele terapeutice descrise de autori".

In „Introducere" autorii arată „că **avorturile febrile, în majoritate provocate**, devin din ce în ce mai frequente; — conduita medicilor nu este unitară; — **prognosticul avorturilor provocate infectate este de extremă gravitate**, întrecând chiar mortalitatea sepsei puerperale (30,32 % în avortul infectat, faţă de 11.84 % în febra puerperală, la Inst. Clinico-Obstetrical din Bucureşti)).

Se expune succesiv: Atitudinea g-rală actuală a medicilor practicieni faţă de problema avortului febril. — Cauzele accidentelor din cursul raclajelor. — Pituitrina ca profilactic în controlul uterin şi în raclaje:

noţiuni farmacodinamice; metoda personală de aplicare; cazuistica din spitalul din Oraviţa, 199 cazuri fără niciun accident; 5 mortale fiind datorite septicemiei, nu pituitrinei; părerile asupra pituitrinei. — Curetă, sau deget? — Măsurile complimentare în raclaje. — Metodele biologice în combaterea acestor infecţii. — Chimioterapia în prevenirea şi combaterea lor. — Alte măsuri chirurgicale, decât raclajul, în avortul febril şi retenţiile placentare. — Latura medico-legală a avortului febril. — Indicaţiile şi contraindicaţiile terapici active în avortul incomplect şi în retenţiile placentare.

Ca latură medico-legală a avortului febril, autorii arată că codul penal de peste tot nu găseşte culpabil actual perforaţiei (sunt variate perforaţii cari nu pot fi atribuite intervenţiei medicului), culpa începe din momentul când operatorul n'a recunoscut perforaţia sau recunoscând-o a trecut-o sub tăcere. Adică a abandonat pacienta, dupe cum se întâmplă de regulă în practică, din frica de răspundere; şi nu se face tot ce o poate salva, în spital, la adăpost totuşi de orice răspundere.

Ilicismul acesta medical în materie constitue una din plăgile cele mai ruşinoase ale practicei medicale româneşti. Poate că ar trebui să adoptăm procedarea din Rusia: în codificarea avortului, să-l declarăm liber până când vom înzestra ţara ce Maternităţile necesare şi vom fi educat femeia română dela oraş şi dela ţară să nască la spital; — numai dupe acea să fie interzis, afară de sigur de acela, zis medical, care se va putea efectua, ca şi azi, la lumina zilei. Dar şi acesta dupe regulele stabilite de autori. La rezolvarea problemei avortului în ţara românească lucrarea de faţă a adus o contribuţie de primul ordin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. C.

G. HIRTZ: **Une indication paradoxale des sels de testostérone chez la femme.** I. de Méd. de Bordeaux, No. 7-8/946.

Autorul a experimentat cu sărurile de testosteron, acetat şi propionat. Distinge efectele asupra instinctului, dorinţei sau pulsiunei sexuale şi acţiunea asupra sensibilităţii sexuale, a orgasmului.

A experimentat pe frigide primare şi secundare, pe abstinente şi pe castrate. Rezultatele au fost de aproape sută la sută favorabile, reuşind să facă să apară instinctul sexual cu 80-100 mgr. pe lună, repartizată în injecţiuni făcute la 2 sau 3 zile, iar numai pentru a-l stimula trebuind 50—80 mgr. pe lună. Turburările de sensibilitate prin absenţa orgasmului cer 80—100 mgr. pe lună. Această hormonoterapie masculină reprezintă tratamentul suveran al **frigidităţii femenine.**

Infecţioase

FRANCHE M., GOLAESCU M., et PAUN FL.: **Septico-piohemie avec proteus.** Revue méd.-chir. de Iassy, No. 1/1946.

Autorii publică un caz cu o atare infecţie, forma pseudo-paludică, cu punct de plecare sau localizare supurativă otică-cervicală. Sulfamidele au dat rezultate bune.

M. C.

Intoxicaţii

OD. APOSTOL: **Benzolul.**

In cadrul unei monografii, a cărei dată de apariţie nu este trecută, D-l Medic Colonel D-r Od. Apostol, medic aviator consacrat, autor a numeroase studii de medicină aeronautică, parte publicate şi recensate în cadrul acestei reviste, face un studiu de ansamblu asupra **Intoxicaţiei prin benzol,** carburantul de bază în aviaţie, intoxicaţie profesională specială. Dupe ce expune datele fizico-chimice generale, noţiunile respective de toxicologie şi de laborator, se face **clinica** acestei maladii prin intoxicaţie, denumită de Henri şi Agasse-Lafont **Benzolism,** care urmează introducerii în corpul omenesc a produselor impure născute din distilarea huilei.

Forma acută se caracterizează prin cefalee, stare de beţie, ameţeli, vărsături, cari dispar repede sau persistă şi se complică cu coma, convulsii, delir halucinator şi colaps cardiac când intoxicaţia a fost masivă şi prelungită. In forma **cronică,** se observă semne anemo-emoragice şi turburări nervoase. **Prognosticul** este grav când numărul leucocitelor scade sub 1200. **Evoluţia** merge spre vindecare cu convalescenţă lungă. Se prezintă **simptomatologia, specială** dupe diverşi autori şi tablourile clinice particulare dupe cazuri. Până la data publicării acestei lucrări, se pare că înainte de 1940, autorul nu întâlnise niciun caz de benzolism profesional, cum îl cheamă Montebrosso în lucrarea care poartă acest nume, în aviaţia noastră. La sfârşit se expun **măsurile de profilaxie** necesare, şi **tratamentul** acestei maladii profesionale aviatice, care constă în administrarea extractului de ficat injectabil şi în transfuzii de sânge.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. C.

Igienă şi Med. socială

P. RĂMNEANŢU: **Sănătatea publică în Ungaria.** Bul. Eugenic şi Biopolitic No. 7-12/945.

Se expun: Generalităţi. Organismul sanitar central. Unităţile sanitare exterioare. Institutul de Sănătate publică. Organizarea Medicinei preventive şi a Ocrotirii. Rezultatele.

A. M. R

IGIENA LUCRĂTORULUI TIPOGRAF

de

D-r C. SANDULESCU

Extras din „Tipograph" 1946, Bucureşti

Meseria de tipograf este primejdioasă pentru zeţar şi linotipist, în primul rând; mai puţin pentru maşinist sau tiparnic — din cauza literei de plumb cu care lucrează, al cărui contact direct sau vapori (când plumbul este topit) îl inhalează direct inect, permanent, uneori şi masiv. **Intoxicaţia saturnină cronică** se stabileşte încet şi dă loc la manifestaţii tardive, indelebile.

Alte primejdii, **boale de plămân,** în special **tuberculoza,** pândesc pe lucrătorul tipograf din cauza atmosferei încărcate a atelierului, cari comandă măsuri eficace de aeraţie. Praful domneşte peste tot într'un atelier

de tipografie, care prezintă peste tot colţuri în care să se depoziteze, în cutii, între litere şi accesorii, pe maşini, pe jos pe pardoseală şi în colţuri, pe pereţi; pe tavan. De aceea lucrătorul tipograf, insuficient hrănit, neodihnit, neîngrijit, nebucurându-se de concedii şi răgazuri de viaţă în plin aer plăteşte un tribut mare tuberculozei, mai ales când se intoxichează cu alcool şi tutun, debilitându-şi şi mai mult organismul. Ucenicii puţin viguroşi, uneori, tarati sunt cu precădere expuşi din primul moment. Un lucrător tuberculos poate îmbolnăvi întreg atelierul. La praf se adaogă atmosfera încărcată cu mirosuri şi esenţe volabile dela unsori şi petrol. Autorul indică **măsurile de luat în atelier:** cubaj de 10 mc. de lucrător; cutiile cu litere, mobilele şi maşinile să nu ocupe mai mult de jumătate din suprafaţa atelierului; lumina să vie direct pe ferestre, largi, a căror suprafaţă să atingă cel puţin a 6 parte din suprafaţa podelei (din atelier să se poată vedea un colţ de cer); să se cureţe praful în atelier săptămânal, să se aerisească zilnic 1—2 ore; lucrătorul să aibă halat, la dispoziţie săpun suficient şi apă pentru mâni, băi (duşuri) calde sau reci cât mai des, dacă nu zilnic. **Acasă:** aeraţie, lumină, odihnă suficientă, alimentaţie igienică. Să i se acorde concedii de odihnă şi vara să meargă la băi, la munte, la mare; băile iodate şi sulfuroase, caşi apele minerale, ajută la desintoxicarea organismului).

Ucenicul să nu fie primit fără examen radioscopic, care să fie repetat la toţi lucrătorii din 6 în 6 luni. La sfârşit se fac consideraţiuni generale asupra intoxicaţiei cu plumb, intoxicaţie specifică lucrătorului tipograf, şi se expun sumar măsurile de luat, preventiv şi curativ.

Autorul, un medic de valoare, dublat de un remarcabil om de cultură generală, un elenist care traduce şi comentează autori Greci clasici, se aplică cu interes şi competinţă de cunoscător asupra vieţei dintr'un atelier de tipografie (a lucrat câtiva ani în şir, ca zeţar în tipografia părintelui său), face parte doar din familia lui Gutenberg şi-i foloseşte breasla în calitate de publicist, — reclamă în acest studiu, socotindu-l de covârşitoare însemnătate, un **Manual de igienă a muncitorului, un Abecedar al sănătăţii lucrătorului.** Care să fie pus în aplicare. Prin Instituţia Asigurărilor Sociale, care îşi încasează cu regularitate cotizaţiile. Lucrătorii tipografi vor fi cei mai indicaţi, şi bucuroşi, să culeagă protestele ridicate, în favoarea lor.

M. C.

NOI ORIENTĂRI ECONOMICO-SOCIALE ALE MEDICINEI MODERNE

de

D-r MIRCEA SUCIU-SIBIANU

Extras din Vol. Com., ţinute la „Institutul de cercetări economice şi sociale", de pe lângă Academia de Inalte Studii comerciale şi industriale „Regele Mihai I" „Cluj-Braşov", în sesiunea 1943-1944.

Tip. „Astra" Braşov, 1944.

Intr'o Conferinţă ţinută în cadrul unui „Institut de Cercetări economice şi sociale" autorul, un gânditor de seamă, socoteşte sănătatea drept cel mai preţios capital (individual, şi colectiv prin pu-

nerea lui în slujba familiei şi neamului), cel mai bun plasament al străduinţelor noastre şi ale celor cari au cheltuit cu creşterea şi educarea noastră, la oţelirea căreia suntem datori să veghem necontenit, pentru a beneficia de el prin ea până la adânci bătrâneţe.

Acest aspect economico-social al medicinei moderne se prezintă în studiul de faţă. Organizarea luptei contra boalelor sociale, ca consecinţă-eugenia unui popor, se bazează pe conştiinţa individuală a fie-căruia de obligativitatea îngrijirii sale, pentru binele său personal şi al colectivităţii din care face parte. Obligativitatea îngrijirii sănătăţii fie-căruia este indicată şi se bazează pe 7 argumente şi 3 legi esenţiale ale întreţinerii bune a sănătăţii.

Autorul îşi clădeşte întreaga construcţie speculativă pe constatarea că cele **4 instincte biologice ale individului** „daruri sau glasuri dumnezeieşti sădite în sufletul omului spre a-i arăta calea, adevărul şi viaţa" sunt căile pe care este indicat să mergem şi pe cari să le cultivăm: **instinctul de nutriţiune, de reproducţiune, de proprietate şi de dominaţiune.** La cari mai adaogă **instinctul familial şi instinctul naţional.** Aceste instincte trebuesc păstrate curate şi intacte, adică să fie practicate cu moderaţiune, numai astfel având folositoare repercusiuni de ordin economic şi social. Instinctul de nutriţie exclude alcoolismul, o plagă socială, catastrofală pentru umanitate; cel de reproducţiune implică moralitatea; instinctul de proprietate, atât cât trebue să aibă fie-care, va aduce dreptate socială; cel de dominaţiune, împinge la dreptul de a te „validita" în viaţă, excluzând tirania şi vanitatea; instinctul familial, cu copii mulţi şi sănătoşi, asigură viaţa celei mai sănătoase celule economico-sociale a unui stat; iar cel naţional se opune la desnaţionalizarea altui popor. Instinctele acestea, biologice, sunt în concordanţă şi cu preceptele religiei creştine.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intre argumentele cari obligă la îngrijirea sănătăţii, primul este: **sănătatea** este un dar dumnezeesc care trebue păstrată şi respectată; — al doilea, **patrioţismul;** — al treilea argument este, **fericirea adevărată,** pe care o dă sănătatea trupească împreună cu pacea sufletească şi viaţa de libertate într'un stat etnic naţional şi democrat; — al patrulea argument este argumentul economico-social în conformitate cu **charta individuală,** care prescrie pentru fie-care familie casă corespunzătoare, copilărie ferită de boale, educaţie adaptată capacităţilor fizice şi sufleteşti, o slujbă de aşa fel ca să poată menţine un nivel ridicat de viaţă; — al cincelea argument îl dă **medicina preventivă** care valorează mai mult ca cea curabilă; — al şaselea argument îl dă **prelungirea vieţei** în limitele fiziologice, cari pentru om pot fi ajunse între 125 şi 150 ani; şi aceasta ţi-o asigură pentru corp: multă mişcare în aerul liber, apa, aerul, soarele, stomacul neîncărcat; pentru suflet: bunătatea şi credinţa. Cea mai frumoasă vârstă, dupe autor, nu este a tinereţei (între 20—30 ani), ci dupe 50 ani, când patimele se potolesc, domnia raţiunei se instalează, credinţa în D-zeu şi în biruinţa binelui se întăresc; — al şaptelea, **corpul tău este templul sufletului,** cum spune biblia, şi de ea nu trebue să ne batem joc, ci să-i îngrijim aşa cum trebue.

Legile esenţiale vieţei sunt: **legea respiraţiei pe nas** (cu practicarea sporturilor), **legea digestiei** (mese puţine, frugale, ultima cu 5—6 ore înainte de culcare, postul chiar cel negru, regim în zig-zag cu 2—3

zile de regim mixt şi o zi de regim frugal sau vegetarian) şi **legea deprinderilor tari** (cu practice hidroterapice, sportive şi turistice, duş cald şi rece, spălatul cu apă rece până în brâu zilnic pe orice anotimp).

Aceste argumente autorul le-a desprins din experienţă personală, dupe cum întreaga conferinţă afirmă că reprezintă o convingere sinceră a D-sale, căpătată dupe un lung şir de ani, în nenumărate zile şi nopţi de studii.

Am reprodus în trăsături esenţiale cuprinsul acestei conferinţe de ordin medico-social-economic. Punctele de vedere, disparate dela cari pleacă autorul, converg la asigurarea fericirii individului, şi prin el a colectivităţii. Biologia şi religia îşi dau mâna cu medicina şi economia politică pentru a-l împinge spre această ţintă. Dar bine intenţionatele îndemnuri eşite din argumentaţia autorului caşi din biologia instinctuală a omului, rămân simple deziderate, utopii, în lupta contra boalelor sociale (mărginindu-ne la aceasta, acum), dacă ne vom pune speranţele numai în ele. Practicate izolat, individual, aceste precepte pot asigura fericirea cuiva, unei simple persoane. A tutulor, numai dacă vor contribui şi ceilalţi. Iar în materie de fericire economico-socială oare-cari măsuri restrictive şi chiar represive nu ar fi rău venite, pentru a chema la realitate pe acei ale căror instincte nu se exercitează de regulă în limite moderate şi fiziologice, infractorii de talie mai mică decât Hitler şi Mussolini, dar numeroşi, întâlnindu-i la tot pasul.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Istoria medicinei

DOUĂZECI ŞI CINCI ANI DE ACTIVITATE AI SPIT. MILITAR „MEDIC G-RAL DAVILA" DIN ALBA-IULIA

de

N. IGNA, R. BRATU şi C. I. POPESCU

Tip. „S. Solomon" Alba-Iulia, 1945.

Intr'o monografie, remarcabilă prin cuprins şi proporţii, D-nii D-ri N. Igna, R. Bratu şi C. I. Popescu, medici militari, conducător şi şef de servicii, ai spitalului, fac **Istoricul şi expun Activitatea pe 25 ani a Spit. Militar „Medic G-ral D-r C. Davila" din Alba-Iulia.**

In **„Prefaţă"** D-l Medic G-ral D-r D. Zamfir, Şeful Serv. Sanitar al Armatei, face prezentarea elogioasă a activităţii acestui spital militar, pe care o prezintă autorii.

In **„Cuvânt Inainte"** se pune înainte, de către autori, în prezentarea acestui Istoric, munca desfăşurată de medicii militari cari dela Unire au trecut prin spital, progresele realizate în spital, în decurs, deservirea odată cu armata a populaţiei civile sărace, colaborarea strânsă în corpul sanitar militar şi civil, precum şi contribuţia ce această monografie face la Istoria Serviciului sanitar român.

In tratarea materiei se prezintă **Tablourile tutulor medicilor şi far-**

maciştilor activi şi de rezervă, cari s'au perindat în spital, cu datele respective de când şi până când au activat. Se prezintă **Insigna onorifică de 7 ani serviţi** în spital, acordată până în prezent la 4 medici şi un farmacist. In **„Istoric"** se arată că Spitalul a luat fiinţă la 20 Decembrie 1916 şi a primit numele de **„Spitalul Militar Medic G-ral D-r Carol Davila"** în 1932; se expune organizarea lui. Tablouri de ordinea de bătae la intervale de ani şi fotografii ale personalului medico-sanitar pun în evidenţă munca în comun. Din **Studiul statistic al mişcării bolnavilor între 1919—1944** se află că Spitalul a îngrijit în decurs de 25 ani 42.584 bolnavi (în medie anuală 1703 bolnavi internaţi), cu acmee în primii 2 ani dupe războiul trecut şi mai ales în anii premergători războiului actual, dintre cari medical 47,88%, chirurgie 33,91%, venerice 16,92% şi contagioşi 1,29%. In **activitatea spitalului în războiu** se insistă asupra colaborării cu spitalele civile din Judeţ pentru a face faţă frontului, se relatează că în epidemia masivă isbucnită în 580 prizonieri şi 80 jandarmi de gardă primele cazuri mortale, şi deci diagnosticul epidemiei de tifus exantematic, au fost descoperite prin cercetarea reacţiei. Weil-Felix în lichidul cefalo-rahidian de către D-l D-r C. Bart, şeful laboratorului, autorul metodei şi al preparării unei vaccin antiexantematic cu care a fost vaccinat parte din personal. Se detaliază ca istoric, organizare, statistică şi metode de comportare operatorie pe grupe de boale activitatea Serv. de chirurgie, făcându-se foarte judicioase propuneri asupra atitudinei de observat faţă de **herniosii cari abundă şi umplu spitalele militare, la epoci.** Se confirmă, atrăgându-se atenţia asupra pericolului **tuberculozei în armată, în mers extensiv, din cauză că instrucţiile în vigoare îngrădesc drepturile de selecţionare ale medicului recrutor;** reformaţii prea puţini se evacuiază în sanatorii, **restul merg în sânul familiei, contaminând familia şi colectivitatea;** se denunţă nou sensul concediilor lungi, în loc de scutire şi reformă pe loc; se preconizează **introducerea micro-radio-fotografiei în armată** (ca şi în şcoli) pentru depistare precoce a cazurilor latente; se cere **colaborarea activă a autorităţilor sanitare civile cu cele militare,** renunţându-se la simplele înregistrări statistice.

Sifilisul este în continuă creştere; legea combaterii boalelor veneriene excelentă în teorie nu se aplică în practică, medicamente nu sunt; paturile afectate sunt insuficiente; combatanţii demobilizaţi duc boala în familie, ca şi tuberculoşii desconcentraţi sau în sfârşit reformaţi; proporţia mare de cazuri cu sifilis secundar, (82.04% faţă de 12,46% sifilis primar şi numai 5.50% sifilis terţiar) înseamnă cu **recruţii şi concentraţii (68.80%) vin netrataţi sau insuficient trataţi din mediul civil,** numai 31,20% fiind dintre cei în serviciul activ; **din activi 29.52% sunt jandarmi şi graniceri;** cei internaţi în spital pentru sifilis, cu ocazia concentrărilor se întorc cu leziuni deschise — cea ce dovedeşte că **la vatră nu s'au tratat sau s'au tratat insuficient.** Aceste constatări la fel cu cele din alte spitale militare dovedesc că **lupta contra sifilisului în armată şi în populaţia civilă nu dă rezultate,** din vine cari se enumeră şi contra cărora se propun mijloace judicioase, în primul rând instituirea unui **comandament unic care să coordoneze măsurile militare şi civile** şi ca prima dintre „ofensivele" care se vor lua să fie o **ofensivă contra sifilisului. Stagiul de vară al studenţilor în medicină** a fost asigurat unui mare de studenţi

BCU Cluj / Central University Library Cluj

(mai ales ai fac. de medicină din Iaşi) cei din anii înaintaţi fiind folosiţi ca interni de gardă.

Ca alte evenimente din viaţa spitalului se menţionează desrobirea **Bustului lui C. Davila** la 19 Iunie 1938; — **sfinţirea Capelei Spitalului** reparată radical, în ziua de 9 Mai 1943; — **celebrări ale memoriei medicilor militari** ai spitalului L. Col. Eugen Bunea şi L. Col. Aurel Groze, căzuţi în serviciu comandat. Istoricul se termină cu redări din aprecierile făcute cu ocazia inspecţiilor şi prezentarea activităţii de ordin ştiinţific.

Această monografie demonstrează utilitatea acestor lucrări şi tragerea de concluzii valabile pentru îndrumarea şi coordonarea măsurilor medico-sanitare de luat în armată şi populaţia civilă pentru asigurarea sănătăţii publice. Cu un moment mai de vreme.

Autorii au realizat o operă care depăşeşte cadrul strâmt al unei instituţiuni.

M. C.

N. IGNA: **La mission médicale française en Roumanie.** (1916—1918). Sibiu, Impr. Honterus, 1945.

A apărut în cadrul **„Bibliotecei medico-istorice"** a Univ. Regele Ferdinand **din Cluj,** Institutul de Istoria medicinei şi de Etnografie medicală, **Istoricul Misiunei medicale franceze în România în anii 1916—1918,** de D-r N. Igna, lucrare care a format obiectul unei Conferinţe făcute în 1939 la Cercul franco-român din Alba-Iulia. Se prezintă amplu originea misiunei, organizaţia, activitatea, personalitatea Generalului Berthelot, Şeful misiunei militare, misiunea medico-militară franceză, compunerea misiunei medicale, funcţionarea, plecarea misiunei. O Bibliografie întinsă termină expunerea.

N. IGNA: **Apele termale dela Băile Geoagiului (Germisara) în epoca Romană.** Alba-Iulia, Tip. „Alba" 1946.

In cadrul aceleaşi Biblioteci medico-istorice şi al Institutului de Istoria medicinei dela fac. de medicină din Cluj D-l D-r N. Igna a publicat **Istoricul Apelor termale dela Băile Geoagiului,** chemate în epoca romană **Germisara.** Reproduceri şi footografii dupe baso-reliefuri şi inscripţiuni complectează textul.

M. M. R.

Neurologie

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

X-ème année, No. 1-2/946

de

Agreg. D-r D. PAULIAN

Impr. „Bucovina", Bucureşti, 1946.

In numărul ultim al acestei publicaţii periodice, de prestigiu, pe care o scoate autorul de 10 ani, şi în care se reflectă frumoasa activitate ştiinţifică desfăşurată în Serviciul său de neurologie, din fostul „Spital Central de boli mintale şi nervoase" azi „Institutul de

boli mintale, nervoase şi endocrinologice" — se prezintă Mişcarea bolnavilor internaţi dela înfiinţarea, în 1923, până în Ianuarie 1946.

Au fost **internaţi 22.932 bolnavi** (13.674 bărbaţi, şi 9.258 femei. Intre **boalele dominante** au fost tabesul, sifilisul cerebral, paralizia generală, progresivă, tumorile cerebrale şi scleroza în plăci. Primele 3 boli au beneficiat de malariaterapie, obţinându-se: în tabes 82.6% ameliorări şi 16,1% staţionări, în sifilisul cerebral: 60,0% vindecări şi 32,9% ameliorări; în paralizia generală progresivă: 11.3% vindecări şi 68.5% ameliorări.

Ca **metode de tratament** întrebuinţate: malaria-terapia, cu 8-10 accese, urmată de tratament arsenical pentavalent, niciodată bismut; radioterapia vertebrală etajată în tabes, în scleroza în plăci şi în polinevrite; electroterapie, ionisaţie, diatermie, ultra-scurte, ultra-violete.

In timpul războiului spitalul a fost transformat în **Spitalul de război Z. I. 334,** în care au fost **internaţi 4370 răniţi şi bolnavi de război,** dintre cari 1154 în secţia neurologică, 1758 în secţiile de psichiatrie şi 939 în secţia neuro-chirurgicală.

In cuprinsul bogat al restului acestui **Număr festiv** sunt publicate numeroase articole de **Neurologie, Neuro-Chirurgie, Psichiatrie, Criminologie Endocrinologie, Radiologie neurologică, Chronaxie, Therapeutică, Medicină aeronautică.** La sfârşit se prezintă Sumarele Şedinţelor **Secţiei de Biologie aplicată a Academiei de Ştiinţe din România,** dela 25 Noembrie 1945 până la 7 Aprilie 1946.

Archivele de neurologie ale D-lui D-r Paulian întreţin şi asigură, cu adevărat, progresul Ştiinţelor neurologice în România. Prin punţile ce a stabilit cu Psichiatria şi Endocrinologia, a întins domeniul Neurologiei. Concepţia unitară, ce a urmărit în interdependenţa celor 3 entităţi, face din aceste Archive un organ de publicitate al tripiedului neuro-psicho-endocrinologic şi al întregului Institut care adăposteşte serviciile respective.

D-l D-r Paulian are pentru ce să fie mulţumit de calea parcursă şi poate privi cu încredere în viitor. Ostenelile i-au fost încoronate de succes şi mişcarea medicală ştiinţifică românească îi datoreşte recunoştinţă. Şi recunoaştere.

M. C.

M. CHILIMIAN: **Un nouveau signe d'organicité dans la pathologie pyramidale.** Archives de neurologie, No. 1-2/945.

De multe ori cu toată existenţa de lesiuni piramidale semnul lui Babinski nu se produce, sau se produce un falş Babinski fără lesiune piramidală.

Manevra personală a autorului se produce în 2 feluri: a) se produce o flexiune pe degetul mic, frecând de sus în jos b) se produce o mare flexiune a aceluiaşi deget mic, lăsându-l să-şi revină, ca un resort. Rezultatul acestei manevre, prin cele 2 metode este că, dacă nu este vorba de leziuni piramidele celelalte degete rămân indiferente, uneori se ficsează spre plantă. Dacă însă există leziuni piramidale, extensiunea degetului mare se produce ca în semnul lui Babinski; rareori numai se poate produce extensiunea în evantai a tuturor degetelor:

D. GRIGORESCU et T. IACOB: **La maladie post-traumatique (traumatose).** Archives de Neurologie, No. 1/1946.

Autorii înţeleg prin maladie post-traumatică o asociaţie între fenomene vegetative locale şi turburări psichogenice care survin dupe o rănire (post-traumatice). In asociaţia morbidă intră: turburări fisiopatice pure tipice, turburări psichogene, turburări prin imobilizaţie şi, când e cazul, turburările consecutive lesiunei nervilor. Simptomele întreţinându-se şi influenţându-se reciproc, tratamentul trebue să fie dela început chirurgical, funcţional şi psichoterapic.

I. STANCESCO: **Shakespeare en criminologie, Hamlet: l'aliené criminel.** Arch. de neurologie, No. 1/1946.

Autorul recunoaşte pe Skakespeare ca adevăratul fondator al criminologiei, descriând în Hamlet pe alienatul criminal, în Othello pe criminalul pasionat, în Macbeth pe criminalul degenerat. Detaliază trăsăturile de caracter ale lui Hamlet, punând în evidenţă la fiecare pas „complexul de crimă şi de alienaţie" care îl caracterizează.

D. MANOLESCO, S. DRAGANESCO, T. HORNET et D. LAZARESCO: **L'ophtalmo-neuromyélite aiguë et ses parentés morbides.** Analele Inst. Victor Babeş. Vol. XIV, Seria II, 1944.

Autorii fac studiul anatomo-clinic al unui caz de oftalmo-neuromielită acută, şi trag conclusiuni în sensul lui Marburg, anume că această afecţiune intră în cadrul sclerozei în plăci forma acută.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

STATE DRAGANESCU: **Diencefal şi glande endocrine Bucureşti, 1945.**

In cadrul unei conferinţe ţinute la Clinica de Neurologie şi Endocrinologie a Fac. de medicină din Bucureşti în Ciclul de conferinţe endocrino-neurologice din anul 1943, autorul a expus **Relaţiile anatomice şi funcţionale dintre diencefal şi Glandele endocrine.**

Se prezintă pe rând: Relaţiile dintre hipofiză şi diencefal, Formaţiile vegetative diencefalice, Conexiunile formaţiilor vegetative diencefalice, Substratul anatomo-funcţional al relaţiunilor diencefalo-hipofizare. In partea II, Relaţiunile funcţionale dinamice diencefalo-endocrine, dupe Feuchtinger. In partea III, autorul încearcă să explice mecanismul dupe cari se exercită aceste relaţiuni anatomo-funcţionale, la acţiunea asupra vasomatorilor glandelor endocrine adăogându-se şi o acţiune directă asupra celulei endocrine; intervenţia cortexului asupra sistemului endocrino-diencefalic; precum şi apariţia de simptome psihice în conexiune cu turburările neuro-vegetative.

M. C.

STATE DRAGANESCU şi VINTILA MIHAILESCU: **Scrierea speculară (în oglindă), Ambidextria.** Extras din No. 3-4, Anul VII al revistei „Conferenţa", 1943.

Autorii expun problema grafismului normal la origine şi ca evoluţie în decursul istoriei, ca problemă de fiziologie cerebrală, precum şi abaterile

dela normal prin cea ce se cheamă **scrierea speculară,** care este o scrieré ca în oglindă, dela dreapta la stânga, ce aparţine mâinei stângi (cazul celebru al lui Leonardo da Vinci); — sau **ambided xtria,** în care ambele mâini au căpătat atributul de a scrie sau desemna în mod egal. Observaţii clinice personale complectează expunerea, precum şi o bibliografie de speţă precisă.

Oto-rino-laringologie

CORCAN P. et SALOMON E.: **Contributions cliniques au traitement de l'adenoïdite aiguë prolongée par le toucher digital.** Revue des Sc. Oto-Rhino-Lar., No. 3-4/945.

In cursul adenoiditelor acute prelungite la copii mici autorii făcând cu degetul un uşor tuşeu-masaj au obţinut căderea grabnică a febrei. Au confirmat astfel utilitatea acestei metode încercate pntru prima oară de R. Rendu, manevră care este în opoziţie cu recomandările clasice faţă de procesul acut febril adenoidian.

N. POPA: **Contribuţiuni la tratamentul sinusitelor maxilare cronice.** R. R. Oto.-Rino.-Lar., 1-2/945.

In 3 cazuri autorul a obţinut rezultate favorabile prin introducerea de acid acetilo-salicilic (aspirină) în sinusul maxilar; în câteva cazuri s'au obţinut ameliorări evidente, în altele niciun rezultat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

N. POPA: **O nouă probă acumetrică cu diapazonul: proba balansului sonor.** R. R. de O. R. L., No. 1-2/945.

Autorul a instituit această nouă probă de examinare a acuităţii bazându-se pe un fenomen fiziologic normal de transmisiune a sunetului dela o ureche la alta prin anumite manevre, cari constituind „proba balansului sonor" vor interesa pe specialişti.

M. C.

Paludism

LA SPLENO-CONTRACTION EN THERAPEUTIQUE

par

I. RADVAN

„Cartea Românească", Bucureşti, 1945.

O remarcabilă monografie asupra **Splenocontracţiei în terapeutică,** lucrare de ansamblu, în care fenomenul este studiat în mod amplu în **Paludism** şi mai puţin în alte boale de etiologie diversă, autorul punând la contribuţie o bogată documentare şi cercetări originale de control, păreri originale, metode şi procedee personale.

In „Introducere" se arată că metoda lui Ascoli deşi şi-a făcut dovada, încă nu este menţionată în tratatele recente de terapeutică. Cercetările autorului au început în 1936. După statisticile recente, paludismul a înscris pe întregul glob o morbiditate de 450—500 mi-

lioane de bolnavi cu o mortalitate de 3.500.000 cazuri — la noi s'au înregistrat anual 600.000 bolnavi. Concepţia veche a boalei palustre a evoluat spre o reticulo-endoteliozā cu faze sanguine. Spleno-contracţia, la aplicarea căreia autorul a dus un procedeu personal, este o metodă adjuvantă de cea mai mare utilitate în patologie.

In Partea I-a, se arată rolul sistemului reticulo-endotelial în patogenia maladiei palustre, **Paludismul** apărând ca o **maladie primitivă a ţesutului reticulo-endotelial,** cu **existenţa unui dublu ciclu al hematozoarului, sanguin şi reticulo-endotelial.** Se pune în evidenţă existenţa unei stări refractare, cu imunitate (care se stabileşte cu timpul) şi rolul reinoculaţiilor în determinarea noilor accese. In faza întâia boala prezintă ciclul evolutiv sanguin, în faza II devine reticulo-endotelială, şi evoluiază prin puseuri succesive sub forma de tip anemie splenică, sau de tip pseudocirotic sau de tip Banti.

Se face **fizio-patologia şi se expun aspectele clinice ale splinelor paludice,** cu formele acute şi cronice, prezenţa sindromului de reacţie micloidă, aspectul fizic şi psichic al bolnavilor (degenerescenţa şi debilitatea copiilor), turburările funcţionale ale ficatului, datele histo-patologice obţinute prin punctia splinei, indexul splinic cu cele 5 grade de mărime a splinei.

Chimioterapia antipaludică realizează o profilaxie clinică, nu cauzală şi încă acţiunea preventivă nu este posibilă decât prin cure prelungite. Terapia magna sterilisans se lasă aşteptată. O terapie curativă şi o profilaxie colectivă eficace se face prin asociaţia atebrină-plasmo-chină.

Metoda spleno-contracţiei este adjuvantă a medicaţiei specifice. O terapeutică generală (hidrominerală, climatică, dietetică, hepatoterapică, arsenicală, marţială) a maladiei palustre întăreşte efectele medicaţiei specifice şi ale metodei splenocontracţiei prin mărirea rezistenţei organismului. Splenectomia este inutilă, ba încă micşorează rezistenţa organismului suprimând un organ de apărare de importanţa splinei.

In Partea II-ua, se prezintă pe scurt: **Fiziologia splinei în general şi a splino-contracţiei în particular,** expunându-se mecanismul ei de producere (contracţie), semnificaţia (este o probă a sistemului reticulo-endotelial, cu ficat, măduva osoasă şi ganglioni), manifestarea (sanguină şi volumetrică) clinică.

In Partea III-a, se expune **Aplicarea spleno-contracţiei ca metodă terapeutică în infecţiunea paludeană** prin întrebuinţarea **adrenalinei dupe metoda lui Ascoli şi Diliberto** (injecţiuni endovenoase zilnice, în doze progresive începând dela 1/100 mgr. până la 1/10 mgr.), metodă căreia i se prezintă tecnica; turburările cari survin secundar (mica criză adrenalinică) prin hipersensibilitate şi sensibilizare; reactivarea procesului febril; faza de spleno-reducţie; echecul contracţiei prin condiţiuni anatomo-histiologice ale ţesuturilor splinei (hiperplazie reticulo-conjuctivă); indicaţiile; rezultatele terapeutice, imediate (adrenalina întăreşte acţiunea chininei şi o face eficace în doze mici terapeutice; în accesele pernicioase reduce mortalitatea prin golirea vaselor mici viscerale obstruate de globulele roşii parazitate; prezintă avantajele reducţiei de volum a splinei, în primul rând micşorarea durerii din hipochondrul stâng) şi tardive; cercetări clinice cu expunerea de observaţii demonstrative; — prin întrebuinţarea efedrinei (preconizată

în tratamentul paludismului cronic cu splenomegalie de Nicoff, inspirat de Dumitrescu-Mante), care nu determină turburări secundare ca adrenalina, în doză medie de 0.05 ctgr., sau a **efetoninei**, tot pe cale endovenoasă, zilnic, în doze de 0.02.—0.05 ctgr. (Radvan); — şi o **acaprinei**, aplicată pentru prima oară la om în infecţiunea paludică de Radvan şi Alexandrescu, în doza de sub 1 mgr., pe kilogram de corp, pe cale subcutanată sau intramusculară, 2 la 5 injecţii în diluţie apoasă la 2-3 zile interval. Intr'un articol publicat în Presse médicale No. 58/1939 autorii metodei au expus modul de acţiune; turburările secundare; acţiunea asupra glicemiei, asupra tonusului vegetativ şi aparatului cardio-vascular, sistemului reticulo-endotelial; rezultatele terapeutice; — stabilind indicaţiile şi contraindicaţiile metodei prin cercetări clinice şi de laborator.

In Partea IV, se expune aplicarea spleno-contracţiei în tratamentul altor boale decât paludismul.

O bogată bibliografie, la care contribuţia românească este remarcabilă, termină expunerea.

* * *

Fac parte din primii cercetători cari au folosit acţiunea spleno-contractilă a adrenalinei în clinică, pentru stabilirea diagnosticului. In anul 1927 şi 1928, împreună cu D-ra R. Hirsch şi L. Herman, am făcut o comunicare la Soc. de Biologie, Séances du. 15 Dec. 1927 şi 19 Jan. 1928, Tome XCVIII, pag. 457, despre **L'adreno-diagnostic du paludisme latent**, lucrare care a făcut subiectul de teză a d-lui D-r L. Herman. Ulterior, la Soc. med. a spit. din Bucureşti, în anul am făcut o comunicare (care n-a apărut în Buletin, din cauza că documentele vărsate în şedinţă s'au rătăcit), comunicare în cari cu plăci radiografice şi scheme grafice de urmărire a volumului splinei pe peretele abdominal expuneam, între alte observaţii de paludism cronic, istoria clinică a unei splenomegalii cu kist hidatic al splinei, a cărui fluctuenţă, devenită perceptibilă prin diminuarea de volume a splinei sub efectele injecţiilor subcutanate cu adrenalină în doză de 1 mgr. a orientat diagnosticul confirmat în urmă prin punctie; o observaţie de hemocultură pozitivă pentru tific numai după injecţia subcutanată de 1 mgr. de adrenalină, ş. a.

Iar în şedinţa din 2 Dec. 1936, a Academiei de medicină din România, am comunicat „**Sur la valeur diagnostique du pigment paludéen. Les épreuves de sa concentration dans le sang et dans les urines**", în care atragem atenţia asupra valoarei de diagnostic a pigmentului malaric, constatat, mobilizat şi concentrat în sânge, urină şi posibil în bilă, în cazurile de paludism frust sau latent.

De aceia am apreciat la timp cercetările autorului prin publicarea în revistă de numeroase articole şi recenzii, şi, în gradul cel mai înalt, această lucrare de sinteză, de mare valoare, în care autorul, un experimentat şi original cercetător, aplică cu succes spleno-contracţia adrenalinică (efedrinică sau acaprinică) ca tratament coadjuvant în splenomegaliile paludice şi în paludismul cronic, în general.

Numai medicii şi cei aflaţi în anumite condiţiuni la oraş, îşi dau seama de ravagiile ce face paludismul în ţara noastră, precum şi de

ineficacitatea absolută (prin ignoranță) a tratamentului acestei boale care constitue la noi un alt flagel național.

Monografia de față va lumina pe medici asupra noilor concepțiuni după care trebuește condus tratamentul individual și colectiv al maladiei palustre.

Autorul a adus o contribuție prețioasă la asanarea țării noastre. Lucrarea sub forma unei broșuri reduse ca dimensiuni și documentare, ar trebui difuzată.

M. C.

Patologie experimentală

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

Până la acea dată, nu se reușise a se transmite la aceste animale tifusul exantematic european; între animalele de casă cari se îmbolnăvesc latent Ch. Nicolle nu le menționa pe acestea. Autorii au experimentat pe 10 animale, cu virus european, la 4 utilizând mai multe căi de introducere, la 6 numai o cale (intraperitoneal, subcutanat sau intracutan). Resultatele au fost positive; dupe 6 zile, animalele inoculate pe cele 3 căi deodată, au reacționat cu febră în chip caracteristic; cele inoculate pe o singură cale n'au prezentat nicio manifestare, totuși și la acestea reacția Weil-Felix a fost positivă.

D. COMBIESCU und V. IONESCU-BOTEZ: **Die experimentelle diphterische Infection des Ziesels.** Z-ft für H. und Inf-kr., 123 Band, 6 Heft, 1942, Berlin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorii au constatat că Citellus citellus L. este foarte sensibil la toxina difterică; prezintă în glandele abdominale hemoragii puternice cu caracter apopletiform, de asemenea în insulele lui Langerhans, lesiuni cari se prezintă cu caractere mult atenuat la copii morți de difterie.

D. COMBIESCU, G. ZOTTA, E MANCIULESGU, A. POP und I. TASCAU: **Die Schutzimpfung des Meerschweinchens gegen den Klassischen Flecktyphus mit Hilfe formolgetöteter Rickettsien aus Mäuse-und Hundelunge.** Z-ft für H. und Inf.-kr., 123 Band, 5 Heft, Berlin, 1942.

Autorii expun rezultatele favorabile dobândite la aceste animale, prin această metodă, și speră a le obține și la om.

D. COMBIESCO, G. ZOTTA, E. MANCIULESGU, I. TASCAU: **Infection exp. par l'instillation de virus de typhus exanth. epid, dans le sac conjonctival du cobay.** Bull. Acad. Méd. de Roumanie, VI année, Tome XI, No. 1-2/1941.

Autorii au reușit să transmită o maladie aparentă, cu febră, cu imunitate stabilită, la 2 cobay, cărora le-a instilat pe conjunctivă virusul de tifus exantematic epidemic de origine pulmonară, obținut la șoarecele alb pe cale nasală.

M. C.

D. COMBIESCO, G. ZOTTA, E. MANCIULESCO et I. TASCAU: **Maladie exp. provoquée chez le cobay par l'appl. de virus de typhus exanth. epid. sur la peau normale.** Bull. Acad. Méd. Roumanie, VI année, tome XI, No. 1-2/941.

Autorii reuşind să transmită în felul acesta boala la 2 cobay socotesc ca la fel se poate întâmpla la om, infecţia producându-se prin pielea intactă, fără nicio urmă de lesiune cutanată; graţie dejecţiunilor păduchilor infectaţi, la care diarea este un simptom caracteristic.

D. COMBIESCO, G. ZOTTA. E. MANCIULESCO et I. TASCAU: **Recherches exp. sur le mécanisme de l'inf. du typhus exanth. épidemique chez le cobay.** Bull. de l'Acad. de Méd. de Roumanie, VI Année, Tome XI, No. 1-2/941.

Din experienţele expuse detaliat autorii conclud că se poate da tifusul ex. la cobay pe calea pielei rase sau epilate; ei fac o boală tipică, aparentă sau nu, care îi imunizează contra virusului conservat pe cobay.

Pediatrie

Prof. TITU GANE, ILIE TOMA şi EUGENIA AMZA: **Contribuţiuni la profilaxia pojarului.** Revista Pediatrie, No. 1/945.

In Pavilionul de Caranţină al Inst. de Puericultură cu 38 copii, isbucnind o epidemie de pojar, dintre ei au făcut pojar 14, în plus câteva cazuri cu forme atipice rezumate la hiperemia conjunctivelor. Acest procent redus de îmbolnăvirii, de numai de 36,8% din care 7 cazuri (50%) forme obişnuite, 4 cazuri cu forme uşoare (28.5%), 1 formă serioasă (7%), 2 grave mortale (14.2%), 4 cu complicaţii (28.5%) — s'a datorat, în lipsa unei seroprofilaxii, utilizării metodei hemo-materne cu sânge de mamă sau hemo-profilaxiei cu sânge de adult ce a avut pojar, injectându-se până la 20—30 ctmc. sânge.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D. TIMIŞ şi M. VOICULESCU: **Diagnosticul biologic al pancreatitei (urliene) la copil.** Revista de Pediatrie, No. 1/945.

La un lot de 150 cazuri de oreillon la elevii liceului militar din Curtea de Argeş, autorii au întâlnit 4 cazuri de pancreatită, deci un procent de 2.66%. Diagnosticul l-au făcut prin cercetarea diastazei în urină.

D. TIMUŞ: **Localizări rare în infecţiunea urliană.** Revista de Pediatrie, No. 1/945.

Din 150 cazuri de oreillon isbucnit într'o colectivitate de 420 elevi între 7 şi 18 ani ai unui liceu militar 74 au făcut localizări pe submaxilară şi parotidă, 68 pe parotidă, 4 pancreatite, 2 dacrioadenite, 2 localizări pe sublinguală.

M. C.

Suprarenale

STATE DRAGANESCU et C. DIACONIŢA: **Recherches sur la réaction chromaffine de la surrénale.** Bul. Ac. Med. de Roumanie, VIII Année, Tome XIV. No. 6.

Autorii au făcut cercetări pe suprarenale prelevate dela bolnavi morţi de febră tifoidă şi dela un caz de scarlatină. Au căutat starea reacţiei cromafine a suprarenalei, test histochimic al bogăţiei în adrenalină a celului medulare; au făcut recurs în acelaş timp la reacţia macroscopică a lui Vulpian. Au constatat alteraţia produselor lipidice ale cortexului, care merge până la dispariţie. Procesele infiltrative găsite în substanţa medulară pledează pentru un asalt direct al microbilor asupra glandelor suprarenale şi explică adinamia din cursul boalei. Se detaliază amplu metodele de cercetare aplicate şi măsurile de luat în prealabil.

STATE DRAGANESCU: **Sur la présence des structures chromoffines dans la chaîne ganglionaire symppathique.** Bull. Acad. Méd. de Roumanie, VIII année, Tome XIV, No. 6.

Autorul pe lanţul simpatic şi pe plexul solar dela 4 subiecţi adulţi, n'a găsit elemente phaeocrome; celulele simpatice sunt pe dealtă parte cromofobe, — cea ce ar fi în opoziţie cu existenţa producţiei de către ganglionii simpatici a unei secreţiuni endocrine pe care Danielopolu o presupune şi admite a fi simpatina (o preadrenalină) La foetusul human în luna 9 şi la noul născut, în 3 cazuri, totuşi lanţul simpatic lombar conţinea acele formaţiuni. Noi cercetări se cer, şi autorul le anunţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Terapeutică

N. IGNA: **Oxigenoterapia.** Sibiu, Inst. „Dacia Traiană", 1944.

Autorul în cadrul unei broşuri expune pe larg indicaţiile şi metoda **Oxigenoterapiei.** În concluziuni se arată că oxigenoterapia este indicată în toate cazurile de anoxemie; oxigenul trebue administrat numai pe cale de inhalaţie fără presiune; amestecat cu aer, în concentraţie de 40—80%; în mod precoce, înainte de apariţia cianozei; în mod continu, cu întreruperi de 5 minute până la 1/2—1 oră; prelungit ore şi zile întregi; cât se poate de abundent, doza terapeutică fiind cuprinsă între 4—8 litri pe minut.

Tuberculoză

C. ANGHELESCU: **Despre tuberculoză.** Bul Eugenic şi Biopolitic. No. 7-12/945.

Autorul expune în trăsături generale clare şi precise problema tuberculozei în ţara noastră, prezentând caracterele şi gravitatea endemiei tuberculoase la noi, factorii sociali agravanţi, programul de luptă cu măsurile de luat, organizarea luptei antituberculoase în România.

M. C.

OCT. LUPU: **Readaptarea la muncă în tuberculoză.** Bul. Eugenic şi Biopolitic, No. 7-12/945.

O expunere detaliată a problemei, cu indicarea măsurilor de luat şi cari au fost puse în aplicare aiurea, pentru utilizarea unui randament de muncă potrivit cu starea fie-cărui bolnav şi cu posibilităţile sale în prezent şi în viitor.

HOLBAN D. RADU: **Depistarea tuberculozei pulmonare prin micro-radio-fotografie.** Teză pentru doctorat susţinută la Facultatea de medicină din Iaşi, în Noembrie 1943.

Autorul expune pe rând Consideraţiuni generale, mijloacele de diagnostic al tuberculozei pulmonare, Röntgen-diagnosticul tuberculozei pulmonare, Realizarea fotografiei ecranului, Valoarea micro-radio-fotografiei, Drumul spre realizări, Concluziuni, Tabloul de rezultatele obţinute în urma examinărilor micro-radio-fotografice a 740 studenţi ai Facultăţii de medicină din Iaşi în anul 1943, Bibliografia.

Cuprinsul acestei teze face obiectul unui articol de ansamblu, care se va publica cu precădere în No. 5—6/946 al revistei, tratând despre o problemă de cea mai mare importanţă pentru lupta contra tuberculozei în general, la noi în special.

M. C.

Urologie

BCU Cluj / Central University Library Cluj

V. TRIFU: **† Profesorul Ştefănescu-Galaţi-Necrolog.** Revista Română Urologie, No. 4-6/945.

Profesorul Ştefănescu-Galaţi a fost al doilea „făptaş" al urologiei române, dupe Petre Herescu şi primul profesor de Urologie la Facultatea de Medicină din Iaşi.

A publicat un **Manual de Urologie clinică** în 2 volume: unul de **„Urologia Generală"**, în care prezintă mai ales Urologia şi **Metoda lui Guyon** la care se rezumă în practică, pentru specialist chiar, chirurgia renală; al doilea volum de **„Urologie specială"**. A fost şi un literat fin, care a colaborat activ la „Viaţa Românească" dela Iaşi, şi la „Insemnările ieşene".

M. C.

SOCIETATI ŞTIINTIFICE

ACADÉMIE DES SCIENCES

Section de Biologie appliquée

Séance du 25 Novembrie 1945. — G-ral D. Zamfir: Hômmages au nom de l'armée pour les médecins roumains et leurs auxiliares, ainsi pour les Institutions. — G-ral N. Marinesco: Reponse. — D. Paulian: Les dysarmonies glandulaires. Le syndrome hyper-foliculinic; mèthode de Dausset et Ferrier.

Séance du 27 Janvier 1946. — C. Urechiă, Minciu et V. Tomesco: Tiphus éxantèmatique avec hémiplegie et épilépsie. — C. Urechiă, V. Tomesco: Parkinsonisme et Epilepsie. — C. Urechiă, V. Tomesco: Parkinsonisme et Epilepsie. — Rasoviceano: L'importance de l'électrocardiographie dans le sélectionisme du personnel aeronavigant. — C. Urechiă et Iancu: Tabes et Parkinsonisme. — V. Plătăreanu: Contributions personnels à l'étude de l'histaminothérapie dans la migrène. — Gh. Vintilă et Camile Manoliu: Nouvelles conceptions dans le métabolisme hummoral de la sphère génitale.

Séance du 10 Février 1946. — C. Poenaru-Căplesco: Valeur biologique après les accidents de travail, des assurés invalides.

Séance du 7 Avril 1946. — C. Vlad: Les bases biologiques de la psychoanalyse. — D. Paulian et M. Chiliman: Crises migrénoïdes et meningite lymphocytaire; guerison. — I. Bistriceanu: Polifisioterapie en pathologie nerveuse. — E. Apostoleanu: Les limites psychiques de l'homme de science. — M. Cardaş: Le traitement de la maladie sérique par le choc histaminic. — O. Aramă, N. Pârvulescu, I. Olteanu et T. Iacob: Les accidents nerveux par explosion d'obus. — M-me I. Ghimuş: L'hyperfoliculinisme. — G-ral D. Zamfir: Vitese de circulation dans divers états pathologiques. — C. Daniel: La lutte contre le cancer. — Dem. O. Vasilin et A. Struguresco: Considérations générales sur le traitement des lésions de guerre, des nerfs périphèriques. — C. Popesco: L'hydronéfrose traumatique.

SOCIETATEA ŞTIINŢELOR MEDICALE DIN BRAŞOV

Şedinţa din 13 Aprilie 1946. — Cuvântul D. Preşedinţe, Cornel Cărpinişan. — **Lobectomia în tratamentul bronşectaziei** de D-r Cornel Cărpinişan. — **Penicilina în tratamentul sifilisului** de D-r E. I. Bologa.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CERCUL MEDICO-FARMACEUTIC DIN CRAIOVA

Şedinţa din 15 Octombrie 1945. — Lăzărescu Sava şi A. Grigorescu: Amiotrofie tip. Aran Duchenne monolaterală consecutivă unei hipretrofii de apofiză transversă cervicală. Varga V. şi Firescu P.: Asupra etiologiei fibromului nasofaringian în legătură cu două cazuri clinice. Vasilescu I. şi Moise: Limfosarcom al mediastinului.

Şed. din 1 Noembrie 1945: Chiper P. şi Firescu E.: O complicaţie gravă a pneumotoraxului artificial incomplect (cu aderenţe). Grama Gh. şi Grama Fl.: Peritonita gonococică acută. Teodorescu A.: Asupra tumorilor vasculare ale septului nasal, în legătură cu cazuri clinice. Microfotografii.

Şed. din 15 Noembrie 1945. — Lăzărescu Sava şi A. Grigorescu: Sindrom extra-piramidal consecutiv unei encefalite cu evoluţie atipică. — Varga V. şi Firescu P.: Un caz de sindrom Claude Bernard — Horner.

Şed. din 15 Ian. 1946. — Buttescu E. şi Ionescu M.: Erizipel biotropic post colibacilar. — Lăzărescu S. şi Grigorescu Ad.: Consideraţiuni asupra unei tumori intracraniene. — Teodorescu A., Strâmbeanu R. şi Voiculescu M.: Abces subdural consecutiv unei meningite complicaţie a unei oto-mastoidite acute.

Şed. din 1 Martie 1946. — P. Chiper: Expunerea programului de activitate. — A. Dobrescu şi Fl. Grama: Eritem biotropic neosalutanic. — I. Eschenasi: Un caz de intoxicaţie acută sulfamidică, comă.

Şed. din 15 Martie 1946. — N. Becheresou: Piese radiologice cu aspectul radiologic al hilurilor T. B. C. la copil. P. Copăceanu şi Şt. Balica: Febra tifoidă, tuberculoza pulmonară, emfizem subcutanat asfixic accident de colapsoterapie. — S. Lăzărescu şi E. Lapteş: Compresiune medulară în dorsala III-a, debut şi evoluţie atipică.

Şed. din 1 Aprilie 1946. — Gh. Căpruciu şi M. Ionescu: Eroare de diagnostic într'un sindrom abdominal acut. — M. Arsenie: Un caz de reumatism cerebral.

Şed. din 15 Aprilie 1946. — M. Arsenie şi M. Ionescu: Un caz de tiroidită reumatismală. — C. Criveanu şi Gh. Grama: Corp străin închistat intraabdominal postoperator.

ASOCIAŢIA MEDICILOR PRIMARI DIN TIMIŞOARA

Şedinţa I, din 3 Aprilie 1946. — D-r Liviu Gabor: **Cuvânt de deschidere.** — D-r D. Hortopanu: **Gangrenele tifosului exantematic.** — D-ri Al. Lambescu şi I. Oană: **Plagă complicată cranio-encefalică,** operaţie în 2 timpuri, penicilinoterapie, vindecare.

Scopul acestei Societăţi, care a luat fiinţa de curând, este: a) de ordin ştiinţific b) de apărare a intereselor acestei categorii de medici c) de a servi ca punte pentru coordonarea activităţii şi colaborarea cu Facultatea de medicină locală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj