279606

BIBL. UNIV. CLUJ-SIBIU
Nr. 20 -1948
Exemplar legal

ANUL XX-lea, No. 1-2 Ian.-Febr. 1947

ACTA MEDICA ROMANA

REVISTĂ CU APARIȚIE LUNARĂ DE MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE GENERALĂ

COMITET DE DIRECȚIE ȘTIINȚIFICĂ:

C. ANGELESCU
Președinte al Academiei de Medicină și al Academiei de Științe din România

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

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

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

V. GOMOIU
Președinte al Soc. Intern. de Istoria Medicinei. Membru al Acad. Nacional de Medecina din Madrid și al Royal Society of Medicine din Londra.

IONESCU-MIHĂEȘTI
Director Inst. „I. Cantacuzino", Membru al Acad. Române și 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 și al Academiei de Medicină

DIRECTOR:
M. CĂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

Pag.

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CĂNCIULESCU: **In pragul anului XX-lea. — Universitatea din Craiova. — Condiția de azi a medicului și a presei medicale. — Incotro se îndreaptă medicina. — Cum trăesc studenții. — Sufletul medicilor. — Concursurile medicale. — Problema medicamentului. — Un breviar de sănătate. — Modelul de afiș „D-r N. Cădere". — Intoxicație alimentară rară. — Diverse** . . . . . 3 | 8 | 182 | 192

REVISTA GENERALĂ

M. HAGIEȚEANU: **Despre coastele cervicale** (sfârșit). . 9

LUCRĂRI ORIGINALE

Prof. V. SĂBĂDEANU și Asist. L. KOTZIAN-KOKAY: **Cheratoconjunctivita flictenulară și tuberculoza infantilă** . . . 25

C. ADAMEȘTEANU, I. GASPAR, C. LUPULESCU și M. GASPAR: **Scurtarea claviculei ca intervențiune de detentă în tratamentul chirurgical al tuberculozei pulmonare** (Partea I) 34

EUGEN BUTTESCU și MARCEL IONESCU: **Manifestațiuni grave locale și generale, determinate de streptococi și colibacili „Schwartzmann pozitivi", în acțiune alternantă sau simultană** . . . 43

O. IVANCENCO și R. NIMEREANU: **Considerațiuni asupra patogeniei cavernelor destinse. Tratamentul lor cu atropină** . 54

(Urmare pag. 2 cop.)

SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag

IOAN NIŢESCU şi EUGEN STĂNESCU: **Osteo-artropatiile hipertrofice în pneumotoraxul extrapleural** 5

M. MUNTEANU şi N. FRANDIN: **Consideraţiuni asupra icterului la sifilitici** (Partea I) 6

I. RADVAN: **Les abcès du pancréas** (Fin) . . . 6

SANDU DUMITRU: **Autohemotransfuzia** 7

M. CÂNCIULESCU: **Intoxicaţia alimentară prin semânţe de cânepă (laptele boului)** 19

CAZURI ANATOMO-CLINICE

DATE STATISTICE — NOTE

Medicale

Doc. M. CÂNCIULESCU şi M. PARASCHIVESCU: Septicemie streptococică cu sindrom agranulocitar. Penicilinoterapie. Vindecare — Prof. N. I. IOANID şi G. D. BORŞ: Un caz rar de otrăvire accidentală cu cardiazol. — OCT. BORCOMAN şi A. PUŞCARIU: Chiste aeriene pulmonare la un sifilitic cu scleroză sistematizată bilaterală. — V. BOTA: Conjunctivită vaccinală. — ION GRAUR şi MUSTĂCIOSU MINUŞ: Anartria complicaţie în febra recurentă. — MINUŞ MUSTĂCIOSU: Consideraţiuni în legătură cu unele complicaţii în febra recurentă şi tratamentul lor. — MIHAIL RĂDULESCU, IOAN SĂVULESCU şi AUREL FĂINIŢĂ: Infarct ilio-mezenteric prin obliterare arterială. — Medic Maior ROHAN NICOLAE: Hepato-splenomegalie gigantă şi uremie într'un caz de febră tifoidă asociată cu tifos exantematic 7

Chirurgicale

I. BEJAN: Consid. clinice şi terap. asupra ulcerului localizat pe porţ. 2-a a duod. (3 cazuri) şi anevrism popliteu art.-venos spontan tip. Rodrigue. — I. GABOR, VOISIAN R. şi MIŞCA N.: Consid. asupra a cinci cazuri de cancer primitiv al vaginului. — D. SANDU: Scurtă privire asupra 23 intervenţii chirurgicale pe abdomen pentru plăgi penetrante cu leziuni organice. — VASILE MAREŞ şi EUGENIA STRĂCHINESCU: Un caz de hematocolpos. — GABRIEL BORCĂNESCU, AUREL CUŢU şi DUMITRU BELLU: Consideraţiuni asupra operaţiei „cezariene tardive". 10

MEDICINA SOCIALA

ALEX. CHIRMICIU şi DINU NEDELESCU: O problemă socială: Nouă monştri într'o familie. — ION GH. COSMA şi A. COSMA: Din preocupările combaterii tuberculozei. — S. IRIMESCU: Tuberculoza şi asigurările sociale 11

TERAPEUTICE

M. IONESCU şi GH. GRAMA: Contribuţiuni la tratamentul osteomielitelor acute. — D. MILOTA: Inapetenţa copiilor. — A. PUŞCARIU şi II. POPESCU: Reticulina M. în tratamentul cefaleelor. — P. ROIBAŞU, L. KLEINERMANN şi I. BĂLAN: Contribuţiuni la tratam. abceselor pulmonare. 11

ISTORIA MEDICINEI

V. M. PLĂTĂREANU: **Definiţia medicinei.** . . . 11

ANALIZE

Cărţi — Monografii — Reviste

Activitate profesională... pag. 164. — **Activitate ştiinţifică şi profesională...** pag. 165. — **Biochimie...** pag. 165. — **Chirurgie...** pag. 165. — **Circulator...** pag. 166. — **Dermatologie...** pag. 167. — **Diges-**

(Urmare pag. 4 cop.)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANUL al XX-lea

Inscrisă în registrul publicaţiilor periodice al Trib. Dolj No. 4 1938

Nr. 1-2/1947

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE
MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂŢI

D-nii: Agregat A. BABEŞ (Buc.), Prof. G. BANU (Buc.), Prof. V. BOLOGA (Cluj), Prof. V. CIOCÂLTEU (Buc.), Prof. D. COMBIESCU (Buc.), Prof. E. CRĂCIUN (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), Prof. 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. A. RUSESCU (Bucureşti), Conf. I. SARAGEA (Bucureşti), Agregat D. SIMICI (Bucureşti), Prof. M. STURZA (Cluj), Prof. B. THEODORESCU (Bucureşti), Prof. GH. TUDORAN (Iaşi), Prof. C. I. URECHIA (Bucureşti), Prof. T. VASILIU (Cluj).

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂŢI

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

BIBL. UNIV. CLUJ-CEU
Nr. 20 -1948
Exemplar legal

P 279

Din „SUMARUL" No. URMĂTOARE *)

D. CIOCHINĂ-Bacău: Observaţiuni critice asupra boalelor microbiene.

V. GASNAŞ-Târgovişte: Achiziţiune de trat. în „Enureza nocturnă".

EUG. CORNELEAC-Alexandria: Problema şocului traumatic în lumina noilor cercetări.

C. TODEA-Sibiu: Infecţia de focar şi ap. respirator.

N. ROŞIANU, A. APOSTOLEANU, A. SARĂCUCIANU, H. POPESCU: Tg. Jiu: O nouă epidemie, febră de 3 zile (Pappatacci).

C. RĂDULESCU-Calafat: Ţularemia.

G. DIACONIŢA, G. BUNGEŢIANU şi A. BOTEZ-Bucureşti: Asupra terapeuticei vegetative medicale şi chirurgicale.

P. COPĂCEANU şi ŞT. BALICA-Craiova: Febră tifoidă, tuberculoză pulm., emfizem subcut. asfixic — accident în cursul pneumot. terap.

NINA VORN. ŞCHIOPU: Cu privire la epidemiologia scarlatinei.

Prof. N. I. IOANID şi G. BORŞ: Otrăviri cu amoniac.

I. GABOR, N. MIŞCĂ şi I. CHIRCA: Sarcină extrauterină imitând sarcina intrauterină luna 5-a.

C. IONESCU, V. ROŞU, E. STĂNESCU şi D. UNGUREANU (Moroeni): Atelect. pulm. totală după frenicect. complimentară pneumotoraxului.

R. HIMELBRAND: Contribuţiuni la studiul hemoperitoneului spontan genital negravidic.

E. BOLOGA (Braşov): Derm.-venerologia în lumina noilor cunoştinţe.

OCT. RUSU şi I. ANGHEL (Cluj): Contribuţiuni la studiul coexistenţei de fibrom şi sarcină.

http://Central University Library Cluj

C. VIDRAŞCU (Marila-Oraviţa): Consideraţiuni terapeutice în legătură cu 3 cazuri de emfizem mediastinal acut.

C. DUMITRESCU: Tratamentul emboliei pulmonare.

N. ZAHARIA (Fălticeni): Viteza de sedimentare a hematiilor în cursul pneumoniei lobare acute. — Sifilide purpurice.

I. FENEŞANU (Orşova): Flegmaţia albă dolens cu localizări multiple.

S. MIHAIL (Cluj): Hemoragiile corneei.

M. PARASCHIVESCU (Craiova): Un caz de meningită Tbc. la adult cu debut de confuzie mintală.

M. PASTERNAC şi A. GRUMĂZESCU (Bacău): Consideraţiuni critice asupra tratamentului cu preparate arsenicale în febra recurentă.

L. BERINDE (Timişoara): Infarct miocardic, forma nedureroasă.

A. ZORAN şi M. ZORAN TOADER (Timişoara): Simplificări în dozagiul medicamentelor la sugari şi copii.

GH. ALEXIU: Consider. patog. asupra tuberc. evolutive la bătrâni.

C. STERE (Constanţa): Injecţiile de salicilat de sodiu şi reumatismul.

R. RAMNICEANU et A. PĂUNESCU-PODEANU: Le problème des hémorragies broncho-pulmonaires, d'origine vaso-motrice.

G. IVANCENCO şi M. BREZEANU: Asupra unui caz de hemopt. fulg.

F. CRĂCIUN (T.-Neamţ): Kist bronchial latero-cervical

M. IONESCU şi GH. GRAMA: Saturnism acut prin terapeutică empirică cu alice — intervenţie chirurgicală, vindecare.

(Urmare cop. III)

*) In afară de „*Articolele cu urmare*"

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII DIN CLUJ

IN PRAGUL ANULUI XX-lea

La răstimpuri ne oprim, şi privim înapoi. Ca să facem bilanţul realizărilor. Astfel acum, când intrăm în al XX-lea an de activitate.

Constatăm începutul de preocupare ştiinţifică pe care am reuşit să o trezim în corpul medical românesc din afara centrelor universitare, dovadă articolele cari ni se trimit din toate părţile şi nu numai de către cei cari trebue să facă dovada unei activităţi ştiinţifice pentru probele de concursuri; — un oare-care spirit de orientare în problemele sanitare şi profesionale, pe cari ne-am silit să le privim printr'o critică obiectivă; — un respect mai mare pentru ştiinţa medicală românească şi presa care o reflectă, întru nimic inferioare celor străine; — crearea atmosferei care a justificat înfiinţarea unei Facultăţi de Medicină la Craiova, în cadrul unei Universităţi Oltene.

Ani de ani, din 1919 — de când am luat în primire luminiţa Cercului Medico-Farmaceutic din Craiova, care aprinsă în 1902 se stinsese dupe un an, şi am reaprins-o, ca azi făclia să ardă drept şi să constitue una dintre cele mai vechi Societăţi medicale ştiinţifice din ţară; din 1928 — de când în numele acestei Societăţi am înfiinţat revista aceasta, la început chemată Mişcarea Medicală, în urma Română şi din 1940 Acta Medica Romana, care reprezintă azi una dintre cele mai cu autoritate periodice medicale româneşti şi ne reprezintă cu demnitate în străinătate; din 1934 — de când am creat Societatea de medicină din Oltenia, cu filiale în fie-care Capitală de Judeţ, singura Societate medicală de caracter regional din România; şi până la data de 5 Aprilie 1947 — când s'a votat de Parlamentul român legea înfiinţării Universităţii dela Craiova, necurmat am luptat pentru o realizare care, satisfăcând drepturile şi necesităţile culturale ale celei mai autentice provincii din ţările româneşti, se pune în slujba întregei comunităţi şi culturi româneşti.

Azi, făcând aceste constatări, nu un sentiment de trufaşe mândrie ne animă, ci ne copleşeşte conştiinţa grelei răspunderi ce ne incumbă de a veghia împreună cu toţi, cari au realizat-o, ca această înaltă instituţie de cultură românească să-şi dea roadele.

UNIVERSITATEA DIN CRAIOVA

Universitatea din Craiova, cum este numită prin decretul de lege promulgat în M-torul Ofic. Nr. 93/947 este **Universitatea Olteniei** care a revendicat-o.

Pentru înfiinţare s'a dus luptă îndelungată, dela Episcopul Damaschin din R. Vâlcea care a reclamat-o acum 200 de ani; dela Proclamaţia dela Islaz din 1848; până azi când ideea a devenit forţă şi a fost realizată de către **politica culturală democrată,** de care scria de curând D-l Prof. Al. Cerban dela Universitatea din Bucureşti. Partidele politice din trecut n'au pus niciodată această problemă. Câteva personalităţi politice proeminente locale au agitat-o la ocazii. Cele culturale în frunte cu Bianu şi Ţiţeica n'au trezit ecou, ba au fost suspectate în intenţiile lor. Istoricul va stabili odată paternităţile înfiinţării acestei Universităţi, ale taţilor certi, căci pater incertus pater nullus. Cu toată cerneala vărsată în ultima vreme, meritul rămâne celor cari au văzut din timp interesele culturale ale Olteniei, au crezut în realizarea lor şi au luptat pentru ele cu vorba cu scrisul şi cu fapta. Au fost momente, nu departe de noi, când Universitatea aceasta putea şi trebuia să fie realizată mai de vreme, atunci când au fost luate în considerare revendicările regionale; dar prepuşii i-au prezentat Olteniei mai mult prezentul cu compromisurile de cât viitorul cu mirajul. Ideea, nu visul care nu este de esenţă oltenească, a prins putere atunci când oamenii şi-au dat seama că, după ce cei mai buni dintre ei s'au înstreinat ducându-se să-şi croiască soartă universitară aiurea, copii mergeau să caute cartea de învăţătură superioară la sute de kilometri, în loc să o găsească în regiune. Au cerut-o în numele ideei democrate care favorizează **regionalismul cultural oltenesc** pe care îl practicăm de atâta timp şi au căpătat-o prin înţelegerea celor cari vorbesc cu adevărat în numele acestei idei şi prin devotamentul pentru cauză al olteanului de trup şi suflet care este D-l Ştefan Voitec, Ministrul Culturii Naţionale.

Azi când „Universitatea Craioveană a coborât din careta de fum a vechiului vis oltenesc în ziduri aevea" cum se exprimă tradiţionalistul oltean dela „Datina" de altădată, în prezent conferenţiar la Universitatea din Iaşi, D-l Alex. Dima, rămâne să veghem asupra organizării ei. Anchetele deschise în extremis sunt bine venite, se plasează încă în timp util, numai să nu ţină ceasul pe loc, să-l dea înapoi ar fi de prisos. Leatul de întemeiere al Universităţii oltene a sosit, chiar cu întârziere. Să părăsim diligenţa, împrumutând localurile unei şcoale două fără să sacrificăm şcoalele, şi să ne urcăm în trenul intrat pe nesimţite în gară, care pe scări care în picioare, până se va face loc pentru cei cari merită să şeadă. Să nu aşteptăm până se vor lămuri problemele oltenişti sau cele generale româneşti cari să-i justifice înfiinţarea, sunt lămurite; nici până când se vor fi clădit localurile, ne vom restrânge ca toţi la început şi le vom mări pe măsură. Vom porni cu scule mai puţine, au mai privit şi alţii cu rândul în microscop; laboratoare? numai să fie buni cei care le

BCU Cluj / Central University Library Cluj

vor conduce; ferme? chiar model, prin împrejurimi, cu conducători la fel. Nu statul să întreţină Universitatea aceasta ca şi pe toate celelalte, ci comunitatea pe care o deserveşte, prin Eforia ei, ca în alte ţări democrate.

Legea prevede pentru început punerea în funcţiune, din toamnă, a patru facultăţi; dar la articolul 4 admite complectarea cu alte'e (de teologie şi litere, în primul rând, după noi) cari să aducă „aerisirea spirituală generală necesară tuturor facultăţilor, mai cu seamă celor practice" cum se exprimă D-l Prof. Al. Dima care în articolul „Universităţile regionale" fixează în tipare definitive rostul de **universitate regională**, nu regionalistă, al Universităţii dela Craiova, o „universitate realistă, plină de spirit regional; inimă şi creer pentru toată provincia; concretă şi particulară, nu abstractă şi generală bună pentru orice naţiune epocă şi regiune ca vechea universitate din apus; în ea să fie folosite energiile locale cari s'au ilustrat de mult în această direcţie şi care se irosesc astăzi părăsite şi deprimate pe alte tărâmuri (unele au rămas pe loc, dar tânjesc la fel) cu susţinută pregătire în specialitate, cu preocupări ştiinţifice ale locului, cu afinitate simpatetică locală, o universitate în care să mustească totuşi şi spiritul universal". Aşa dar, regională şi complectă.

Dar această universitate regională, care **va creea pentru toată ţara** medici rurali, de care azi ducem mare lipsă; veterinari rurali (azi inexistenţi); agronomi de teren (nu de birou) şi precupeţi cu Ştiinţă de carte Economică-Comercială şi Cooperatistă — va trebui să realizeze **tipul de şcoală superioară românească serioasă**, pe care o cere în „Catechism" D-l Prof. I. Zamfirescu, alt oltean de marcă, dela Universitatea din Bucureşti; — şi prin **spiritualizarea graniţelor** propusă de marele nostru Nicolae Titulescu, şi el oltean, ca mijloc de înţelegere între popoare, să constituiască în **Sud Estul European far luminos de cultură**, după cum propune şi D-l I. Donat, altă energie olteneasca. Atâtea misiuni care vor face din Universitatea Olteniei **Universitatea Oltean**ă.

Ca să-şi desăvârşească opera de caracter unic pentru Oltenia şi să i se ridice monument neperitor, D-lui Ştefan Voitec, care este şi Ministru al Culturii nu numai al Educaţiei, nu-i rămâne decât să aleagă prin art. 64 bis. al D-sale pe „mai bunii dintre cei mai buni" din toate punctele de vedere ale celei mai bune selecţionări de ordin ştiinţific şi etic în conformitate cu litera şi spiritul legii învăţământului superior. Căci „o universitate se ridică sau decade prin corpul său profesoral" după altă formulă a noastră. Universitatea dela Craiova a fost cerută pentru elevi, nu pentru profesori.

Am tratat în cronica medicală din această revistă de caracter medical despre Universitatea dela Craiova, pentrucă din ea va face parte şi o Facultate de medicină. Se potrivea mai bine pentru o **„revistă a Olteniei"** de Literatură-Ştiinţă-Artă, în care să se oglindească spiritul critic universitar al nouei instituţiuni, revistă de apariţie viitoare.

Cum înţelegem să fie organizată Facultatea de Medicină dela Craiova, vom expune în cronica viitoare.

Digitized by Centrul Național de Informare și Documentare în Medicină

CONDIȚIA DE AZI A MEDICULUI ȘI A PRESEI MEDICALE ROMÂNE

La ancheta pe care o întreprinde ziarul „Semnalul" cu privire la Condiția de azi a medicului, în No. din 10 Aprilie a. c, din partea medicilor tineri D-l D-r M. Carapancea, Asistent universitar, preconizează:

1. Credite acordate medicilor tineri de Ministerul Sănătății, pentru procurarea unui minimum de utilaj medical despre specialitate. 2. Facilități prin legea chiriilor. 3. Salarizarea satisfăcătoare celor cu funcții la stat. 4. Achiziționarea de către Colegiul medicilor (desființat azi) a unei biblioteci moderne medicale.

Relevând ultima propunere, a întocmirei unei „biblioteci medicale moderne, ținută la dispoziția celor lipsiți de mijloacele de a-și procura cărțile necesare" și mai cu seamă de a consulta periodicele medicale, de tot felul, cari constituesc avant-garda progresului medical remarcăm: azi Colegiul medical nu funcționează și încă mult timp nu-și va regăsi suflarea; în București, pentru medicii tineri la care se referă în particular propunerile făcute, sunt destule instituțiuni (și chiar biblioteci de împrumutat) în care medicul doritor va găsi cartea care îl interesează, consultând-o pe loc (să nu o ceară acasă, e mai complicat și întârzie până să o termine). Problema trebue tratată pe tot cuprinsul țării, ca să folosească tutulor medicilor, mai ales celor din provincie. Spitalele sunt centrele în jurul cărora trebue să se strângă medicii, în cadrul lor activându-se și din punct de vedere științific; ele să organizeze aceste biblioteci, având și mijloace; și, au mijloacele necesare, numai să le afecteze acestui scop, și dacă nu le au, să și le creeze. O dispoziție anterioară a hotărît organizarea acestor biblioteci în spitale, prescriindu-le și periodicele medicale uneori cărțile pe cari să le aboneze sau procure. Spitalele mici și mare parte din circumscripțiile sanitare rurale le-a abonat din oficiu, M-terul plătind un abonament mai redus.

Iată ce scriam în No. 11—12/945, în articolul „In ajutorul presei medicale românești":

Făceam în No. 9—10/1942, *„Elogiul presei medicale românești"*. Expuneam meritele revistelor medicale cari, mari și mici, de ordin științific sau practic, generale ori de specialitate, secondează activ învățământul medical și organizarea sanitară a țării.

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

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

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

Relevând *Rolul presei medicale,* ceream atunci luarea de măsuri urgente „pentru ca elogiul de faţă să nu constituiască pentru o parte din ele elogiul suprem". Azi le reclam pentru cele cari au rămas. Excelenta „Sănătatea poporului", pe carre o scoate M-terul Sănătăţii, este pentru popor. Revistele medicale sunt pentru medici. Venindu-le în sprijin, M-terul Sănătăţii intervine în favoarea corpului medical de care se foloseşte în apărarea sănătăţii publice. Cel mai eficace şi demn sprijin nu poate fi decât abonarea din oficiu a circ. sanitare şi obligaţia Instituţiilor sanitare spitaliceşti şi a serviciilor sanitare (judeţene şi urbane) să se aboneze şi să-şi plătească abonamentul din fondurile proprii, indicându-li-se revistele.

Aşa era acum 2 ani. Care poate fi Condiţia de azi a presei medicale române, se înţelege. Ne-am repetat, ca să atragem la timp atenţia, până nu va fi prea târziu. Revista aceasta nu se află deocamdată, între cele cari au nevoe de ajutor medical urgent. Intervenim pentru celelalte. Şi pentru prognosticul quoad vitam al tuturor periodicilor medicale româneşti cari continuă să apară.

Către care D. Secretar general de resort dela Sănătate se îndreaptă solicitarea aceasta demnă şi tăcută?

INCOTRO SE INDREAPTĂ MEDICINA?

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu avem în vedere „Simposion-ul" interesantelor desbateri cari pe tema aceasta au avut loc în cadrul Cercului de Studii al medicilor din P. N. P., sub preşedinţia D-lui D-r Alex. Tocilescu, Secretar G-nal al M-terului Sănătăţii. Nici tendinţa de socializare a medicinei, în care colectivul se prevalează de drepturi de preemţiune asupra individului. Nici dacă preventivul sau curativul, sau amândouă împreună. Nici aspectul nou terapeutic ce a imprimat medicinei prin descoperirea Penicillinei Fleming un al doilea Pasteur — cum îl socotea D-l D-r I. Benedict atunci când relata primirea ce i s'a făcut la Academia de Medicină din Paris în ziua de 4 Sept. 1945; cu ajutorul reciproc ce-şi dau penicillina şi sulfamidele, cari au acţiune similară dar contraindicaţii diferite; şi sărirea în ajutorul amândorora a mijloacelor de exaltare a proceselor de apărare ale organismului,

Avem în vedere aici relatarea Virajoterapiei umorale pe cale operatorie, pe care o propune D-l D-r Manu Iuliu dela Spitalul din Huedin în tratamentul tbc. pulmonare — osteo-articulare şi a altor afecţiuni vagotonice, mijloc nou de tratament asupra căruia am făcut menţiune în cadrul Analizelor. Autorul metodei ar fi constatat efectele extraordinar de favorabile, pretinde D-sa, ale virajului umoral din alcalinitate înspre aciditate asupra procesului tuberculos. Prin urmare, influenţa favorabilă a modificării terenului, care rămâne de controlat şi de alţi cercetători. Dar această reabilitate a terenului, care ne întoarce înspre concepţiile lui Hippocrate, ne aminteşte de me-

dicina humorală a lui August Lumière, care impune ca corolar terapeutic combaterea floculației și precipitatelor micelare, cu restabilirea stării coloidale normale. Iar mai recent ne duce la concepțiile marelui fiziolog rus Speranski, dupe care toate boalele ar avea o natură comună, deși diversitate de cauze morbide, prin o funcționare defectuoasă a sistemului neurotrofic, adică vegetativ: oricare ar fi agentul patogen, de natură microbiană sau nu, oricare ar fi maladia, și oriunde s'ar produce iritarea, grație cercului închis turbunările se produc la distanță, în tot organismul, căci „orice boală este o turburare a sistemului neurotrofic", sistem căruia trebue să ne adresăm în mod direct. Această revoluționară concepție de unitate organică nu contrazice teoria umorală, ambele concepții se confirmă, le lipsesc însă punțile de legătură. Aceste punți se silesc să stabilească cercetările Prof. Danielopolu. Dar toate împreună încă nu ușurează înțelegerea proceselor morbide. Pentru a ne face o palidă idee de complexitatea fenomenelor biologice din organismul uman, să răsfoim cartea Simpexiile, în care D-l D-r S. Stoicescu relatează asupra funcțiunilor de depozitare, noțiuni de fiziologie normală și patologică. Pe pătrunderea adâncă a acestor funcțiuni se va baza terapeutica adequată, care nu va putea fi niciodată simplistă adică unitară și nici va clătina bazele specificității pe care a stabilit-o întâiul și cel mai mare Pasteur.

In metoda de tratament a medicului dela Huedin, cu rezultate statistice atât de favorabile, poate că lucrează și alți factori pe lângă virajoterapie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CUM TRAESC STUDENȚII IN CENTRELE UNIVERSITARE

. . . . . mă întrebi dacă-mi amintesc ce ți-am mai scris în acea scris. disperată ?! Cum să nu-mi amintesc, când ea constitue adevăratul meu fond sufletesc de astăzi, sunt pe deadreptul descurajată și uneori chiar disperată. Astăzi spre exemplu nu mi s'a dat la cantină decât o ciorbă și doi cartofi fierți, seara un sos de prune fără nimic.

Spune și tu cum să trăești, și muncă și dimineața, dar după masă nu mai spuiu: 4 ceasuri lângă cadavre. Am dureri continu de cap. Mâine am un examen la disecție. La el nu se cade, dar se pun note (2-3 etc. până la 10). La sfârșitul anului natural că impresionează în „bine" pe dr. Popa.

Imi vine să mă bat cu pumnii în cap că am intrat la medicină. Cine dracu m'a pus! N'am timp . . . . . nici să-mi cârpesc niște ciorapi, mă crezi? Plec la 1 și viu la 8 seara acasă. Plus de asta e mare mizerie în capitală cu noroiul. A ajuns Bucureștiul nostru mai ceva ca o mahala din Craiova. Foamea își arată colții, peste tot, și e așa de mult până'n vară.

Studențimea toată e lihnită de foame, cu fețele trase de mizerie. Eu mă simt cam prost uneori, am impresia că merg pe două cărări.

Tot acum le scriu și la ai mei. Te rog însă și pe tine, treci pe acasă și spune-le să nu mă uite, să-mi trimită de urgență mâncare. Spune-i lui mama că în ea am nădejde că nu mă va uita, căci tata... (n'o putea, săracul—N. R.).

In condițiile actuale e cert că n'o pot scoate la capăt. Vezi . . . . spune-le numaidecât. De alt fel, ce să-ți mai spun? Nu sunt in stare să-ți scriu și eu

(Continuare în pag. 182)

DESPRE COASTELE CERVICALE

de

D-r M. HAGIEȚEANU
Medic asistent al Spit. Filantropia din Craiova

(Sfârșit)

Din p. d. v. **clinic.** Vom stabili dela început, având în vedere diversitatea aspectelor morfologice ale coastelor cervicale, că nu există, cel mai adesea, nici un raport direct între dimensiunile coastei și importanța turburărilor pe cari le provoacă.

In evoluția afecțiunei, — atunci când se manifestă clinicește — distingem în primul rând 3 mari categorii de simptome:

I) Simptome **fizice locale** (tumorale).
II) Simptome **vasculare** și
III) Simptome **nervoase.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La cari putem adăoga încă două, — deși mai rare, și anume:

IV) Simptome **respiratorii** și,
V) Simptome **radiologice** (în subsidior).

I) Simptome fizice locale.

Prima categorie de simptome cuprinde **syndromul** așa zis „al **tumoarei**". Și se caracterizează prin prezența în regiunea supraclaviculară a unei tumori sau tumefacțiuni alungită, netedă, fixă, de mărime variabilă (corcodușe, castană, nucă, mandarină) de consistență, cel mai adesea, tare — osoasă, — dureroasă sau nu.

Acest syndrom, pe cât este de evident, — mai ales dacă coasta supranumerară sau vecina ei subjacentă, — I-a toracică, — cu care adesea este în conexiune, — mai este și sediul unor leziuni patologice variate ca: periostită, hiperostoză, exostoză, fractură cu calus, osteomielită, osteom, etc., pe atât este de inconstant; în multe observațiuni lipsește cu desăvârșire.

Astfel **Crouzon,** din cele 45 cazuri personale, studiate amănunțit, nu a observat acest syndrom, — decelabil prin palpare, — decât în două cazuri.

Uneori tumora solidă este dublată de una mai mică, moale, de-

*) Au fost omise din acest studiu de ansamblu *Noțiunile de Anatomie topografică* (Raporturile malformației cu fiecare din elementele anatomice învecinate) și *Bibliografia.*

presibilă şi pulsabilă cu freamăt sistolic, dotată la auscultaţie cu suflu sistolic sau chiar trill.

Aceasta defineşte prezenţa arterei subclaviculară, care este în contact intim cu coasta.

II) Simptome vasculare.

Aceasta a doua categorie de simptome, — mult mai frequentă decât prima — (aproape în 20% din cazuri), cuprinde simptome, de ordin vascular, exprimate prin suferinţa vaselor subclaviculare, — (în imensa majoritate a cazurilor exclusiv a arterei), — cari sunt comprimate direct sau numai iritate indirect, reacţionând prin sistemul lor neurosimpatic.

Gama acestor simptome variază dela simple turburări vaso-simpatice: paloare, acrocianoză cu răcirea extremităţilor — pseudo-syndrom Raynaud, crize paroxistice dureroase de cloro-dicaţie intermitentă, oedem, erupţiuni herpetiforme, flictene sau ulceraţiuni trofice, chiar gangrene cutanate mai limitate, distrofii osoase de tipul syndromului osteoporotic al lui Kienböck, etc., până la turburări vasculare grave ca: anevrism, tromboză acută a arterei cu gangrenă întinsă consecutive.

Se înţelege că pulsul urmează stadiul evolutiv funcţional şi organic al permeabilităţii arteriale: la început slăbit în mod provizoriu prin fenomenele de vasoconstricţie simpatică; însoţindu-se uneori şi de un freamăt sau suflu sincron supraclavicular; cu timpul, el dispare complet şi definitiv, precum ni-l arată şi ascilometria, ceiace indică instalarea unui proces de reală trombozare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In bună parte din cazuri însă, acest fenomen vascular grav este compensat prin apariţia circulaţiunei colaterale proteguitoare.

S'a discutat mult şi se discută, — în lumina fiziopatologiei moderne, — asupra patogeniei acestor turburări vasculare.

In această ordine de idei vom reaminti, în primul rând, de anumiţi:

A. Factori mecanici.

a) Coasta supranumerară, prin ea însăşi, poate constitui, la un moment dat, un factor mecanic iritativ de prim ordin.

In formele de coastă lungă, — fie de tip osos, fie fibros, — când artera trece pe deasupra coastei ea poate fi ridicată în sus, îndoită brusc sau comprimată direct, iar în formele de coastă scurtă, artera poate fi împinsă înainte, dislocată şi obligată a adopta un traect sinuos; chiar şi când artera trece pe sub coasta cervicală, dacă aceasta din urmă este voluminoasă, — spaţiul intercostal îngustându-se, — artera poate fi comprimată şi în acest caz.

b) Muşchii scaleni — în deosebi scalenulanterior, cu raporturi atât de intime cu artera, pot, prin contracţia lor sau a bridelor fibroase cu inserţii anormale (Objenick), sau a unui proces de miosită tip torticolis (Bertelsmann), — să comprime sau să irite artera.

In consecinţă, s'a preconizat ca metodă terapeutică radicală, să se practice pe lângă rezecţia de coastă şi scalenotomia anterioară sau, — aşa precum am văzut mai sus, — chiar simpla scalenotomie fără rezecţie de coastă; metodă ce nu a putut câştiga toate sufragiile

întrucât o bună parte din autori continuă a nu acorda factorului mecanic scalenic un rol activ în producerea turburărilor vasculare, cu atât mai mult un rol atât de precumpănitor.

Proba evidentă a acestui fapt o avem că şi Şcoala Românească de chirurgie a adoptat, — exceptând pe Făgărăşanu, — în această chestiune, o metodă tactică eclectică, raliându-se la punctul de vedere terapeutic de a extirpa, în primul rând agentul compresiv osos — coasta, — cu sau fără scalenotomie, — asociând uneori şi simpatectomia periarterială. (St. Popescu, Iacobovici, Dorin Dumitrescu, Topa, Nasta, Leonte, etc.).

c) **Factori cu caracter favorizat** a căror intervenţie repetată accidentală pot determina uneori turburări ischemice şi neurovasculare periferice grave ca o consecinţă a compresiunei exagerate, exercitată la nivelul arterei subclaviculare şi plexului nervos.

Astfel s'au citat: Mişcări de ampliaţiune, exagerată a cuştei toracice, cum sunt încercările de inspiraţiune profundă (Donaldson, Gordon, Adson); poziţia de abducţie forţată a braţului (Perrazo); compresiunea regiunei supraclaviculare prin: portul unor bretele, de greutăţi pe umăr, procese de celulită scleroasă perivasculară cu oedem şi adenopatii; pachipleurită aderenţială a vârfului de natură traumatică sau inflamatorie (Allajouanine); comprimarea prin epoleţi în poziţia Trendelenburg prelungită pe masa de operaţie (Perrazo); luxaţia scapulo-umerală (Iacobovici); mănuirea forţată şi repetată a schimbătorului de viteze de automobil (Lenner); căderea pe umăr (Şt. Popescu); masajul forţat al regiunei (Hagieteanu).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

B. **Factorii neuro-simpatici.**

Intervenţia unor factori neurosimpatici cu răsunet asupra troficităţii vasculare în syndromul coastelor cervicale constituie un factor patogenic, admis astăzi de tot mai mulţi autori şi care merită a fi analizat aici mai în detaliu.

E. D. Telford şi Stopford, printre alţii, — pe baza a 3 observaţiuni personale cu tablou clinic de tip vascular asemănător, au fost frapaţi de **absenţă completă a elementelor anatomice de compresiune arterială directă**, controlată de visu, — prin intervenţia operatorie.

Negăsind decât o compresiune a trunchiului inferior a plexului brachial se raliază ipotezei că aceste fenomene vasculare s'ar produce indirect, prin excitarea fibrelor simpatice ce însoţesc acest trunchiu şi care excitaţie prelungită ar determina la rândul ei o excitaţie şi a simpaticului periarterial ce are conexiuni cu plexul brachial.

Acesta prin intermediul filetelor vasavasorum ar determina mai întâi o vasoconstricţie prelungită cu turburări trofice în pereţi iar mai târziu chiar o obliterare a lumenului vascular.

Că faptul pare probabil este că aceleaşi fenomene vasomotorii s'au observat şi în cazul unor simple hipertrofii transversare a celei de a 7-a cervicală, ce nu ajunge niciodată până la vase; aceasta chiar în absenţa oricărei anomalii osoase locale elementul iritativ simpatic putând fi cauzat chiar de însăşi prima coastă, perfect normală dor pe deasupra căreia ar trece un cordon nervos izolat, subjacent trunchiului inferior al plexului cervical, cordon pe care-l găsim adesea la o disecţie atentă a acestuia.

Blair, Davies şi Kissock, în 1934, publică deasemeni un caz interesant de coastă cervicală, la o femeie operată, suferind — şi de tbc. pulmonară, — cu turburări vasculare serioase, cu acrocianoză şi absenţa completă a pulsului pe tot traectul braţului şi antebraţului, şi cari turburări au dispărut complet după operaţie.

In acest caz artera nu era comprimată de coastă ci numai ultimul trunchiu al plexului brachial era în contact cu ea, primul nerv dorsal fiind uşor întins când trecea pe deasupra coastei, spre a ajunge la plex.

Examenul histopatologic al plexului a arătat: fibre amielinice, — deci simpatice, — amestecate în primul nerv dorsal şi al 8-lea cervical precum şi leziuni inflamatorii ale nervilor, cauza fenomenelor de excitaţie a vasomotorilor şi în consecinţă a turburărilor vasculare.

Newell găseşte trunchiul inferior al plexului brachial ridicat de coastă iar nu artera şi prin rezecţia coastei obţine dispariţia gangrenei.

Dar sunt cazuri în cari nici artera şi nici plexul brachial nu sunt comprimate direct de factorul iritativ costal şi totuşi fenomenele vasculare au loc.

Singura ipoteză valabilă în acest caz este că aceste turburări vasculare, adesea de tip trofic grav cu tromboză în situ sau la distanţă, sunt sub imperiul excitaţiei exclusive a simpaticului cervical (probă syndromul Cl. Bernard-Horner) sau a filetelor vasoconstrictive simpatice periarteriale cauzate de prezenţa coastei cervicale.

Am văzut la capitolul anatomiei topografice a regiunei complexitatea texturei neuro-simpatico-vasculare ce ne poate da cheia acestei ipoteze.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Gordon, în 1901, cel dintâi, şi apoi Todd, Wingatte, Telfard şi Stopfard, Blair, Davies şi Kissack, dar mai ales Leriche şi colaboratorii lui, Senèque şi Lelong, Wertheimer, apoi Langeron şi Desbonnets, Langeron Tierny şi Paris, Newell, Angelini, Markovitz, Duhail, Cawet, Baumgartner, Clerc şi Macrez Mallet-Guy şi Cavailler, Ombredanne, etc., etc., s'au aliat cu toţii acestei ipoteze patogenice vasculare.

Unii, în frunte cu Leriche, explică prin acest mecanism chiar faptul paradoxal, observat la mulţi asemenea bolnavi, al abolirii complete al indicelui oscilometric de partea afectată, fără simptome clinice concomitente de gangrenă, ci doar de tip vasomotoriu mai uşoare (syndrom pseudo-Raynaud, claudicaţie intermitentă, etc.).

Când survine gangrena, şi se constată operator obitruarea completă a arterei, aceasta era deja de mult un fapt împlinit.

Neîncetatele incitaţiuni de ordin trofoneurotic asupra pereţilor arterei desăvârşiseră în mod însidios, şi uneori în timp foarte îndelungat, această operă, astfel încât, singură dificienţa circulatorie prin trombozarea progresivă a arterelor nu poate satisface suficient spiritul nostru în lumina faptelor de observaţiune clinico-operatorii semnalate mai sus; fatal suntem obligaţi să admitem un factor neurosimpatic care acţionează asupra pereţilor arteriali determinând, — precum au arătat, experimental Fontaine şi Schattner în 1935, — colaboratorii lui Leriche, — mai întâi leziuni de arterită „în situ",

şi apoi aceasta la rândul ei poate provoca, prin acel mecanism de incitaţiuni vasomotorii repetate, distrofii arteriale la distanţă însoţite de tromboză; deci gangrenă prin arterită obliterantă.

Baumgartner, Clerc şi Macrez **), conform ipotezelor Şcoalei lui Leriche, adaogă la iritaţia externă cauzată de elementul osos anormal şi iritaţia internă, prin adevărate **focare de endarterită**, cari, ca şi la anevrisme, s'ar constitui în josul punctului de strivire —, uneori departe până pe umerală, — graţie **boalei endarteriale** ce evoluează pe cont propriu.

De aci s'a tras concluzia, bazată pe fapte experimentale şi operatorii — (Leriche, Thierny, Newell, Grégoire, Langeron şi Desbonnets, Senèque şi Lelong, Wertheimer, Mocquot, etc.), că simpla eliberare a arterei subclaviculare pentru a combate, turburările circulatorii nu e adesea suficientă, boala endarterială, precum ştim, — odată deslănţuită, evoluiază pe cont propriu, indiferent de agentul cauzal iniţial.

De aceia — ca şi în cazul presupusului agent etiologic scalenic, şi aici s'a preconizat o tactică terapeutică diferită, bazată pe aceste elemente patogenice speciale, în sensul că;

1. Atunci când artera este permeabilă să se practice rezecţia coastei şi simpatectomia periarterială.

2. Iar când este obstruată e aproape inutil să se mai rezece agentul compresiv osos ci să se practice deadreptul numai **arterectomia** segmentului arterial trombozat — adesea situat departe de coasta cervicală, — **realizând astfel o suprimare a elementului propagator al maladiei endarteriale.**

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Numai că depistarea acestui segment trombozat, prin obişnuitele mijloace de investigaţie clinică rămâne adesea aleatorie şi de aceia Leriche, Wertheimer, Mocquot şi alţii, recomandă depistarea lui cu ajutorul injecţiilor opace intraarteriale şi arteriografiei, chiar în clipa intervenţiei chirurgicale, metodă, s'o recunoaştem, — încă destul de ingrată şi nu la îndemâna oricui.

In ce priveşte lipsa modificărilor indicelui oscilometric, postoperator cu tot rezultatul funcţional excelent obţinut — (dispariţia fenomenelor nervoase şi a turburărilor circulatorii), — aceasta nu se poate explica decât prin faptul că persistenţa abolirei complete a oscilometriei nu mai permite invocarea simplului fapt al spasmului vascular pendinte de simpaticul periarterial, în jurul unei spine iritative ca mai înainte, ci existenţa obligatorie concomitentă a unui substrat organic, recte obstruarea arterei (Ombrédanne).

La ischemia spasmodică, — factorul principal constant, se adaogă ischemia mecanică, — factorul organic secundar.

De aceia suprimând din timp pe primul (eliberarea plexului iritat de spina iritativă costală sau simpatectomia periarterială a segmentului de arteră din jurul punctului comprimat), putem evita apariţia celui de al II-lea factor; în caz mai înaintat, rezecţia segmentului trombozat asigură simpatectomia periarterială totală şi aduce

2) Presse Médicale din 12 Noembrie 1938 pag. 1665.

după sine vindecarea fenomenelor vasculo-nervoase (cauzalgia, syndromul pseudo-Raynaud, turburările trofice cutanate periferice, etc).

Netter, într'un caz, a rezecat coasta, dar n'a liberat artera, și de aceia reapariția discretă a pulsului nu s'a făcut perceptibilă decât abia după 6 săptămâni.

Petit și L. Née, și Wertheimer, într'un caz, au rezecat segmentul arterial trombozat, cu foarte bun rezultat, iar în altul, la Wertheimer rezecția a interesat partea dilatată — deci permeabilă a arterei, — nu acea trombozată care se găsea mai jos (poate pe axilară sau umerală), și rezultatul a fost defavorabil.

Numai infiltrația ulterioară a ganglionului stelar a adus sedațiunea durerilor, oprirea procesului gangrenos, și reapariția pulsului.

Un exemplu demonstrativ de influența electivă a turburărilor neuro-vasculare la distanță, în syndromul coastei cervicale, mai este și cazul tipic de syndrom al lui Kienböck, al semilunarului, publicat de Mallet-Guy și H. Cavailler* în 1938, și în care turburările de osteoporoză dureroasă, — prin disfuncțiune circulatorie (vasoconstricție urmată de vasodilatație și rezorbție osoasă), — s'au vindecat radical în urma ablației coastei și simpatectomiei perisubclaviculare.

Dar cari sunt leziunile anatomo-patologice vasculare observate în syndromul coastei cervicale?

In caz de comprimare directă a arterei subclaviculare, (cum faptul se observă mai des, în formele de coastă lungă), artera sufere în primul rând o diminuare a calibrului său și consecutiv și o încetinire a curentului sanguin.

Apoi, adventicea și tunica mijlocie la rândul lor suflăr un proces de degenerescență inflamatorie, își pierd fibrele elastice, — așa cum se întâmplă și experimental cu arterele puse în contact cu un plan rezistent (A. Thomas), — și în cele din urmă se lasă dilatate.

Incetinirea curentului sanguin și leziunile endoteliale ale endarterei determină deasemeni începutul fenomenelor de tromboză.

Dar, precum am arătat mai sus, Leriche și colaboratorii lui au demonstrat, în materie de endarterită obliterantă, că această obliterare se poate face, — prin mecanismul boalei endarteriale, departe de locul comprimat, și nu pe cale embolică; nu numai decât pe subclaviculară, ci de pildă pe axilară sau umerală, — și în acest caz, depistarea este foarte anevoioasă, fără o arteriografie preoparatorie, (mai ales în axilă).

La locul erodat, artera, — prin pierderea fibrelor sale elastice, — poate suferi un proces de ectazie cilindrică sau chiar de tip anevrismul pur.

Curios este că, în majoritatea cazurilor, aceste dilatațiuni se produc, — așa cum a arătat, într'un studiu foarte documentat Halstedt, încă din 1915, — în josul coastei iar nu în susul ei.

Aceasta ar părea paradoxal în raport cu sediul agentului traumatizant și ar fi un argument în favoarea tezei că ectazia este

3) Presse Médicale No. 93, Noembrie 1938 pag. 1721.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

foarte probabil, rezultanta procesului de arterită „în situ" iar nu a compresiunei şi stazei.

Cazuri de **anevrism al subclaviculare**i, prin coastă cervicală, sunt destul de bine cunoscute în literatură.

Inafară de Halstedt, citat mai sus, — care, pe un studiu de 525 observaţiuni de coastă cervicală, a găsit un lot de 27 cazuri de anevrisme subclaviculare la 106 cazuri cu compresiune de arteră pe coastă; Keen, în 1907, — publică o serie de 8 cazuri; Streissler în 1913, — 5 cazuri, culese din literatura mai veche; Tixier în 1916, un caz intrascalenic; iar ulterior Moore — un caz la un specific; Billington, Church, R. Tătaru, în teza sa din 1925, — un caz cu puncte de gangrenă; Quinn şi Davidson, un caz la o bătrână de 75 ani cu anevrism ce data de 30 ani şi care nu s'a manifestat decât cu ocazia unei căderi ce a deplasat coasta; Diez şi Roccatagliata, un caz de arterită de tip anevrismal ce a cedat prin simpla extirpare a coastei; Leriche, un caz de dilataţie cilindrică complicată cu obliterare; Wertheimer, un caz de anevrism extrascalenic, vindecat prin rezecţia arterială (fără extirparea coastei), şi cu examen histologic foarte amănunţit; Picot, un caz cu periarterită şi dilataţie accentuată în josul coastei; Lindskog şi Howes un caz; Baumgartner, un caz cu anevrism fuşiform chiar pe segmentul arterial ridicat de coastă; etc., etc.; iar Flint publică un caz de excizie a unei tumori vasculare, de aspect excepţional, constituită prin ruptura arterei, fără anevrism prealabil.

III. **Simptomele nervoase** sunt cele mai frequente; ele atrag mai cu osebire atenţia bolnavilor pentru a consulta pe medic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După natura lor distingem:

a) **Simptome de ordin sensitiv.**

b) **Simptome de ordin motor.**

Primele depăşesc în frequenţă pe secundele.

a) Astfel, unii bolnavi se plâng de: dureri, arsuri furnicături, crampe, greutate în membrul corespunzător; parestezii superficiale, ce au un mers ascendent, şi cari nu apar adesea decât în anumite poziţii ale membrului superior, ca de ex: ducerea unei greutăţi mari pe umăr, bretele prea strânse; rotaţie prea bruscă a capului; actul de a-şi lega şireturile dela pantofi; presiunea în regiunea supraclaviculară ce redeşteaptă durerile (H. Roger); alţii se plâng de amorţeli, insensibilitate tactilă sau termică (anestezie); sau contrar de sensibilitate profundă deviată (parestezii); exagerată (hiperestezii).

b) Simptomele de ordin motor interesează cu deosebire teritoriul rădăcinilor plexului cervical cu paralizii variabile; mai des a teritoriului rădăcinii inferioare cu acţiune trofică asupra muşchilor mâinei, (tenari, hipotenari, lombricali, interosoşi) şi antebraţului.

S'au semnalat cazuri de iritaţie a simpaticului cu syndromul Claude Bernard-Horner (Marie şi Crouzon, Reccius, Melina, St. Popescu-Borş, Roger, etc); câteva de compresiune a frenicului cu crampe diafragmatice (Hunt); compresiune a recurentului cu alterarea vocei

(Perrièr şi Borchardt); Syndromul lui Dejerine-Klumpke (Church); Sindromul lui Raynaud (Todd, Löessl etc), crampe ale scriitorilor (Roger şi Huguet).

Contrar opiniei acreditate de cei mai mulţi autori cum că simptomele nervoase ar fi apanagiul aproape exclusiv al formelor anatomopatologice de coastă scurtă sau hipertrofie transversară, A. Léri în studiul său foarte documentat asupra chestiunei, (studiu la care am mai făcut apel în decursul acestei lucrări), demonstrează din contra, că: **turburările nervoase pot fi provocate de fapt atât de formele de coastă cervicală scurte cât şi de cele lungi**, numai că simptomatologia variază în raport cu teritoriul nervos interesat şi acesta e în funcţie de punctul unde lungimea coastei sau hipertrofia transversară atinge pe una sau pe alta din rădăcinile plexului brachial; fie pe aceia inferioară — determinând **turburări radiculare de tip inferior**, fie pe aceia superioară, — determinând **turburări radiculare de tip superior**, — fie pe amândouă deodată cu **turburări radiculare de tip total**.

Schema raporturilor anatomice dintre aceste coaste şi ramurile plexului brachial şi simpaticul cervical învecinat — treaute în revistă în paginile precedente, evidenţiază limpede acest fapt.

In caz de coastă scurtă sau hipertrofie transversară, simptomele nervoase revelatoare implică interesarea cel mai adesea a teritoriului plexului brachial inferior; adică a 7-a şi a 8-a rădăcină cervicală şi I-a dorsală.

După cum o coastă lungă, vizibilă la radiografie, poate fi continuată de o porţiune fibroasă sau cartilaginoasă, invizibilă şi care poate fi ea însăşi agentul iritativ.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Când coasta cervicală devine mai lungă, — adică când depăşeşte în mod manifest extremitatea apofizei transverse, — fie că pleacă sau nu dela această apofiză însăşi, — ea trece pe dinapoia ramurei de unire a celor de a 7-a şi a 8-a rădăcini cervicale, rădăcini pe care le interesa tipul de coastă scurtă şi tinde de data aceasta în primul rând, şi în mod exclusiv — doar să vie în contact — deşi mai rar — cu ramurile cele mai externe ale plexului brachial şi deci să intereseze trunchiul rezultat din unirea celor de a 5-a şi 6-a rădăcină şi din ramura superioară de bifurcaţie a celei de a 7-a cervicală.

Pseudo-schemei acesteia anatomice i se suprapune, aproape în majoritatea cazurilor, — şi o schemă clinică analoagă, pe care Léri o defineşte astfel:

„Simptomele nervoase sunt de ordin sensitiv, motor sau trofic şi se asociază în mod diferit. Adesea sunt însoţite de turburări ale reflexelor tendinoase depinzând de al 7-lea şi 8-lea segment cervical şi uneori de un syndrom ocular Claude Bernard-Horner caracteristic iritaţiei fibrelor oculo-simpatice cari pleacă dela aceste rădăcini.

Bolnavii cu coastă scurtă au dureri sau o bandă de hipoestezie cuprinzând în deosebi faţa internă a braţului, antebraţului sau mâinei, o atrofie a eminenţelor tenare, şi hipotenare, a interosoşilor cu sau fără grefă cubitală netă; turburări motorii în acelaş domeniu, o abolire sau o inversiune a reflexului olecranian, — care depinde de al

7-lea segment, — şi o abolire a reflexului radio-flexor al degetelor, — care depinde de al 8-lea, cu conservarea reflexului radial şi a cubito-pronatorului, un grad mai mult sau mai puţin accentuat de ptozis, miozis şi mai rar de enoftalmie.

In ce priveşte turburările determinate de o coastă lungă, adică de aceia care depăşeşte în mod sensibil extremitatea apofizei transverse, — autorul le defineşte în mod diferit de cele dintâi în sensul că atingând sau nu teritoriul inferior al plexului brachial ele interesează însă în mod manifest domeniul său superior: sunt „radiculare superioare" sau uneori „radiculare totale".

Tabloul clinic constă în: senzaţiuni dureroase dealungul întregului membru sau mai ales pe partea sa externă, în hipoestezia umărului sau în regiunea radicală a braţului, în amiotrofie periscapulară sau în atrofia, interesând în primul rând muşchii grupului Duchenne-Erb: deltoid, biceps, brachial anterior, lung supinator; uneori în mod secundar a radialilor sau muşchilor mâinei, în abolirea reflexului radial (al 5-lea segment şi adesea a cubito-pronatorului (6-lea segment) cu sau fără conservarea celui olecranian şi a celui radio-flexor al degetelor".

Deci: **Simptome radiculare inferioare — coastă scurtă; simptome radiculare superioare sau totale coastă lungă.**

La aceste scheme există şi variaţiuni întrucât nu rareori se întâmplă cu rădăcinile plexului brachial să fie surprinse prea înghesuite unele într'altele, şi, atunci, ele pot fi comprimate sau iritate în bloc, după cum prelungirea fibroasă sau cartilaginoasă a unei coaste poate da cheia punctului real de compresiune al rădăcinilor nervoase inexplicabil la prima vedere.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mai intervine şi factorul reflexului de vecinătate şi la distanţă în anumit teritoriu nervos cu rădăcini multiple sub influenţa unei spine iritative într'anumit punct, factor care complică tabloul simptomatic.

Din aceste consideraţiuni anatomo-clinice ce invederează că adesea **tocmai coastele lungi sunt acelea,** — contrar de ce se afirmă în mod obişnuit, — **cari provoacă turburările cele mai intense şi chiar cele mai grave,** (căci ele imobilizează adesea întreg membrul prin atingerea grupului Duchenne-Erb), — A Léri trage o serie de concluziuni practice, privind extirparea agentului patogen osos, în sensul că nu trebue ezitat de a atăca şi astfel de coaste lungi, cari pot fi adesea mai uşor de extirpat, — găsindu-se sub aspectul coastei „tuberculare", de cât unele scurte.

Ori se ştie că tocmai partea internă a coastei — capul şi gâtul — este cea mai dificilă şi mai periculoasă de extirpat.

IV) A 4-a categorie de: **simptome respiratorii** infinit mai rare, se explică prin raporturile strânse ce le afectează coasta supranumerară cu domul pleural, dotat cu elementele sale suspensoare.

Fenomenele de iritaţie a domului, de pleurită apicală, datorită ridicării acestui dom şi aderenţelor ce le contractă cu coasta, sunt uneori foarte greu de diferenţiat de o tuberculoză frustă a vârfului

pulmonar, din care doar radiografia regiunei şi semnele stetacustice aprofundate reuşesc a ne pune pe calea diagnosticului real.

Nu este exclusă nici coincidenţa ambelor afecţiuni.

Ba, uneori, câte un proces de celulită scleroasă periapicală inflamatorie poate fi singurul agent patogen iritativ determinant al fenomenelor vasomotorii vasculare subclaviculare.

V) Şi în fine în a 5-a categorie de simptome putem cuprinde: simptomele radiologice, decelabile, cel mai adesea, întâmplător, cu ocazia unui examen radiologic pulmonar sau osos toracic, ori, mai rar, intenţionat, fiind avizaţi de prezenţa unei tumori supraclaviculare sau unui syndrom patologic manifest de categoria II şi III.

S'ar părea că simpla radiografiere a regiunei interesate ne-ar da întotdeauna cheia depistării sigure a prezenţei unei coaste cervicale; în realitate nimic mai eronat.

Oricine a aprofundat studiul acestei bizare afecţiuni a putut constata dificultăţile tehnice de decelare, întâmpinate de diverşi autori prin această metodă; în deosebi în evidenţierea anumitor aspecte morfologice de tip rudimentar sau complex cum ar fi de pildă: toate varietăţile lamelare unciforme, cuneiforme, etc; sau simple hipertrofii transversare de cari vorbesc autori ca Crouzon, Léri şi alţii, în studiul lor; sau cartilaginoase, incomplet osificate sau fibroligamentare invizibile, şi totuşi atât de nocive clinicește prin prezenţa lor.

Calitatea aparatului explorator, dar mai ales valoarea factorului ştiinţific uman, căruia i se cere infinit sagacitate şi competinţă în interpretarea unor rezultate obţinute prin imprimarea a diverse unghiuri de incidenţă, într'o regiune anatomo-topografică îngrată, cu planuri osoase suprapuse uşor — (coasta I, clavicula, apofizele transverse, etc.), — ne vor ajuta foarte mult să elucidăm, cu un moment mai de vreme, problema unor manifestaţiuni clinice cu origină obscură, cari impun totuşi uneori, o terapeutică cât mai activă şi cât mai precoce.

Când coasta este bilaterală, foarte rar imaginea ei este identică.

La o simptomatologie bogată dintr'o parte îi poate corespunde o imagine radiografică de coastă foarte scurtă sau de simplă hipertrofie transversară; iar o coastă lungă de partea cealaltă, — tip coasta I-a dorsală, — se poate menţine clinicește cu totul silenţioasă, o viaţă întreagă.

In tot cazul: fără sprijinul luminat al radiografiei, diagnosticul clinic de coastă cervicală va rămâne continuu un diagnostic nesigur sau eronat, iar terapeutica lui adequată, un simplu deziderat.

* * *

Diagnosticul syndromului coastei cervicale e adeseori foarte greu.

La o simptomatologie complexă, bizară, cu repercusiuni regionale atât de grave, cauzate de un agent patogen atât de insidios şi greu de decelat, — chiar prin examene radiologice repetate necum printr'un ansanblu de semne clinice pasibile de a fi interpretate eronat, — nu e de mirare că bolnavii sunt purtaţi din medic în medic, aplicându-li-se diverse tratamente simptomatice aleatorii, cari

nu fac altceva decât să întârzie, — uneori până ce leziunile devin ireparabile, — instituirea unei terapeutici radicale, — care este în mod exclusiv cea chirurgicală.

Nu insistăm asupra formelor, quasi inexistente prin absenţa totală a simptomatologiei afecţiunei, — şi cari forme constituiesc imensa majoritate a cazurilor de coastă cervicală.

Acestea constituiesc doar descoperiri incidentale ale examenelor radiografice toracice sistematice ce se fac astăzi pe o scară întinsă; am amintit despre ele.

Vom semnala numai de: diferenţierea ce trebue făcută cât mai precoce, între formele clinice rezultate din ansamblul celorlalte 4 categorii de simptome — tumorale, vasculare, nervoase şi respiratorii, — caracteristice syndromului costal şi alte afecţiuni asemănătoare ale regiunei.

I) Cu afecţiuni tumorale ale regiunei supraclaviculare diagnosticul diferenţial se face cu: a) afecţiuni tumorale osoase costo-claviculare ca: exostoze, hiperostoze, osteoame, osteite, periostite, calusuri vicioase exuberante, artrite ale synostozelor dintre coasta cervicală şi I-a dorsală, etc.

b) afecţiuni tumorale ale părţilor moi: celulite scleroase periarteriale cu oedem, adenopatii (cretacei) supraclaviculare, hematoame, anevrisme vasculare, miosite scalenice tip torticolis, etc.

c) cu afecţiuni rachidiene cervicale: în primul rând cu morbul lui Pott cervical sau suboccipital — caracterizat prin redoarea coloanei vertebrale, prin contractură musculară şi durerea apofizelor spinoase interesate — (evităm astfel eroarea aplicării aparatului gipsat în mod inutil), artrite banale cervicale; tumori primitive sau maligne ale rachisului; diformări cifo-scoliotice cervico-dorsale ce coexistă adesea cu coasta cervicală.

La copii ne vom gândi la o scolioză paralitică sau rachitică.

Comemorativele şi radiografia (hemiatrofie vertebrală sau hemivertebră supranumeraă) ne vor da cheia afecţiunei (Borş);

Deasemeni syndromul Klippel-Feil prin reducerea vertebrelor cervicale (Al. Rădulescu).

d) cu afecţiunile articulare ca: osteo artrită tbc. a umărului (imobilitatea articulaţiei şi tumefierea ei în contrast cu atrofierea braţului); artritele infecţioase, scapulalgiile, etc.

II) Cu afecţiuni vasculare ca: maladia lui Raynaud, anevrismele spontane, gangrenă prin agenţi externi şi maladii discrazice embolizate, etc.

III) Cu afecţiuni nervoase periferice:

Lăsând la o parte banalele nevralgii à frigore sau reumatismale, cu: radiculite cervico-brachiale; cu afecţiuni medulare ca: pachimeningite — tbc., sau specifice, — mielita atrofică progresivă siringomielia, amiotrofiile secundare specifice (tabetice), etc.

IV) Cu afecţiuni pulmonare ca: pachipleurita tbc.; tuberculoza pulmonară evolutivă apexială; complicaţiuni paralitice ale pneumotoraxului artificial pentru tbc. (Alajouanine şi colaboratorii); etc.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prognosticul syndromului coastei cervicale diferă după momentul în care suprindem boala.

Ştim că aproximativ 90% de purtători de coastă supranumerară nu au de suferit de pe urma prezenţei acestei anomalii.

Dacă n'ar fi depistată incidental printr'un examen radiologic aceasta ar fi chiar complet ignorată.

Totuşi, de îndată ce afecţiunea se manifestă, fie şi sub forma unui tablou clinic mai frust sau mai redus, datori suntem să punem bolnavul sub strictă observaţiune, fără însă a-l alarma — (evitând noi starea de nevroză demoralizantă) — luând apoi măsurile dictate de împrejurări.

Îi recomandăm, în primul rând să nu comită imprudenţe prin eforturi intempestive sau să se expună la traumatisme regionale, iar dacă survine o agravare sau o persistenţă a simptomelor de ordin vascular sau nervos să se supună imediat unei terapeutici active chirurgicale singura care mai poate rezolva din timp — în cea mai mare parte, — problema vindecării unei atare afecţiuni.

Orice altă terapeutică temporizantă cu caracter medical sau fizioterapic rămâne absolut aleatorie; riscul unor paralizii grave, cu amiotrofii indelebile sau gangrene întinse ale membrului corespunzător, impunând educarea persuasivă a bolnavului, pentru acceptarea actului operator.

Tratamentul syndromului coastei cervicale este de ordin pur chirurgical.

El se inspiră, după cum se exprimă foarte judicios şi Dorin Dumitrescu, în admirabilul său studiu din noţiunile fizio-patogenice vasculo-nervoase pe cari noi le-am expus în paginile precedente.

Adesea s'au aplicat în prealabil diverse metode de tratament cu caracter medical sau fizioterapic pe bază simptomatică ce au eşuat sau au constituit cel mult un paleativ accesoriu.

Astfel s'au încercat: repauzul, prişniţele calde, întreaga gamă de sedative, antispasmodice vasomotorii sau simpaticolitice de sinteză; apoi: ionizarea, diatermia, undele ultrascurte, infraroşii, radioterapia, etc.; metode cari dacă în anumite forme clinice uşoare, ca de pildă în cele exprimate printr'un proces supraadăogat de celuliţă inflamatorie sau traumatică pe ivascu'ară sau peritrunchiu'ară au putut, uneori ceda, în acele trecute de limita unei retrocedări prin agresivitatea persistentă a factorului mecanic osos subjacent, astfel de metode terapeutice inconstante nu au contribuit decât să întârzie — aşa precum am mai amintit, — instituirea în practică, la momentul oportun a unei terapeutici cu caracter radical, aceea chirurgicală.

Şi pentrucă intervenţia operatorie, în această regiune ingrată — dotată cu elemente anatomice din cele mai delicate, — constituie un act terapeutic îndrăzneţ şi şocant, ne vom abţine de a o executa în anumite cazuri de afecţiuni viscerale grave, printre cari tuberculoza pulmonară contează în primul rând.

In ce priveşte tehnica operatorie propriu zisă, aceasta prezintă şi ea câteva elemente de relevat.

In primul rând:

a) metoda de anestezie.

Aceasta diferă după autori: uni utilizează narcoză — Kelen, — eter, cloroform, evipan sodic, eunarcon, etc., — dar cei mai mulţi dau preferinţă anesteziei loco-regionale, mai puţin şocantă, — combinând anestezia plexului brachial (prin Kulenkampf) cu aceia a plexului cervical inferior.

b) Calea de acces pentru abordarea mai comodă a regiunei şi evitarea traumatizării plexului brachial este calea anterioară-transbrachială sau antero-externă.

Acesteia îi dau preferinţă astăzi cei mai mulţi autori cari s'au ocupat cu problemele de apicoliză (Şcoala românească în frunte cu Prof. Iacobovici, Sénèque, Lauwers, Torraca, Proust-Maurer, şcoala clinicei americane Mayo, Loe şi colaboratorii etc.); — numai că indizia pentru ridicarea lamboului cutanat diferă (longitudinală pretrapezică, orizontală retroclaviculară, în U, în ⊥, etc.).

Calea postero-externă, suprascapulară (Berard, Mallet-Guy-Desjacques, etc.), trecând pe dinapoia plexului brachial obligă la tracţiuni asupra acestui plex, prin îndepărtarea lui mult înainte, în încercările de a aborda partea anterioară a coastei (aceia din vecinătatea arterei subclaviculare) şi prin acest fapt se pot determina turburări nervoase sensitivo-motorii serioase, înafară de riscul de a nu putea rezeca coasta în întregime; astfel că este mult mai comod de a executa intervenţia, cu blândeţe, pe calea anterioară, menţionată mai sus.

Autori ca Adson şi Coffey, cu vasta lor experienţă, recomandă a se merge cu incizia orizontală trapezo-claviculară înainte, până la articulaţiunea sterno-claviculară ceia ce permite: să îndepărtăm înăuntru capătul claviular al sterno-cleido-mastoidianului sau chiar să-l secţionăm; să secţionăm omo-hyoidianul; să îndepărtăm înăuntru pachetul vascular carotidian; să descoperim faţa anterioară a scalenului anterior cu nervul frenic; să legăm şi să secţionăm arterele cervicala transversară şi suprascapulară; să secţionăm sau nu — după voie — tendonul scalenului anterior de pe inserţia sa costală; să izolăm artera subclaviculară lucrând asupra ei până la rezecţie, — dacă este cazul; — să liberăm rădăcinile 7, 8 cervicale şi 1-a dorsală, evitând lezarea arterelor vertebrală şi tiroidian inferioară.

Dacă vrem să rezecăm coasta cervicală îndepărtăm în jos trunchiul inferior al plexului brachial, cel de al 7-lea nerv cervical în sus şi descoperim astfel coasta până la articulaţiunea sa posterioară. (Adson şi Coffey).

Rezecţia integrală a coastei poate fi foarte anevoioasă mai ales capătul ei posterior şi acest lucru poate expune la apariţia ulterioară a unui calus exuberant jenant.

Raporturile sale intime cu domul pleural impune deasemeni o deosebită prudenţă, deşi leziunea acestuia nu dă în general, loc la inconveniente serioase.

Rezecţia aici — spre deosebire de în apicoliză e preferabil să fie făcută extraperiostal iar nu subperiostal — (cum preconizează între alţii Agrifollio Gladstone şi Wakeley etc.), pentru a nu ocazione regenerarea unei alte coaste, poate tot aşa de incomodantă ca şi prima. (Harvier a văzut reapărând o apofiză rezecată cu 4 ani mai înainte).

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

Extirparea coastei pe cale dorsală — posterioară — a cărei paternitate îi revine lui Streissler în 1912 şi reaplicată de Bernard-Fruchaud, comportă riscuri şi mai mari şi nici nu permite obţinerea unui câmp operator mai vast, exceptând doar pentru hipertrofiile transversare.

Actul operator propriu zis, în syndromul de coastă supranumerară, poate consta în: rezecţia coastei, scalenotomia anterioară, simpatectomia periarterială subclaviculară şi, dacă e cazul, în arterectomia segmentului trombozat.

Aceste acte operatorii se pot practica în mod izolat sau asociate în mod diferit între ele, — deci în mod eclectic, — în raport cu aspectul cazului clinic întâlnit sau după preferinţa operatorului, în funcţie de concepţia sa patogenică asupra syndromului, luând atitudinea care se impune spiritului lui, ca fiind intervenţia cea mai logică şi radicală.

Deşi rezecţia coastei — element patologic însinuat într'o regiune topografică din cele mai delicate, — s'ar părea că ar trebui să întrunească unanimitatea sufragiilor, — pentru a fi practicată cu orice risc, — întrucât ea este agentul patogen esenţial al afecţiunei — totuşi, dat fiind consideraţiunile fizio-patologice reamintite de noi în paginile precedente precum şi concepţiile patogenice asupra lor, nu toţi autorii sunt de acord asupra acestui punct.

Am văzut că au fost operatori cari, — identificând syndromul costal cervical cu syndromul scalenic propriu zis, — au practicat odată cu rezecţia coastei şi scalenotomia anterioară; alţii nici nu s'au atins de coastă rezolvând problema turburărilor vasculare — circulatorii sau vasomotorii — prin simplă scalenotomie anterioară sau combinând cu simpatectomia periarterială, sau la rigoare stelectomia; iar alţii, ce au căzut pe cazuri cu leziuni organice ireversibile — (tromboză cu puls şi oscilometrie dispărute), — nu au rezolvat-o definitiv, cu toată rezecţia prealabilă de coastă, scalenotomia şi simpatectomia periarterială, — până când nu au rezecat ulterior şi segmentul de arteră trombozat — depistat prin arteriografie, — segment care uneori e mult depărtat de focarul iritativ iniţial, — în jos pe axilară sau umerală.

Numai leziunile nervoase cervico-brachiale neevoluate încă până la degenerare — prin faptul material al comprimării sau iritaţiei plexurilor de către coastă sau apofiza transversă hipertrofiată, — retrocedează, cel mai adesea, perfect; aceasta după ce se suprimă agentul patogen osos.

Astfel că în materie de syndrom al coastei cervicale, nu vom putea rezolva cu succes intervenţia chirurgicală, impusă bolnavului, decât inspirându-ne din datele terapeutice de mai sus, aplicându-le „stante pede" în raport cu particularităţile fiecărui caz în parte şi călăuziţi de concepţiile patogenice asupra afecţiunei, astăzi în vigoare.

In tot cazul, noi credem că o intervenţie fără ridicarea agentului patogen osos, acesta putând contribui prin prezenţa sa în mod indirect la alcătuirea cercului vicios ce reprezintă tabloul clinic al syndromului), — nu este atât de justificată.

Având în vedere complexitatea anatomiei locale, intervenţiile pe regiune nu sunt lipsite de riscuri serioase.

Astfel pot surveni accidente prin: lezări arterio-venoase subclaviculare (Adson şi Coffey citează o hemoragie secundară postoperatorie mortală); — vertebrale (Ştefan Popescu de 2 ori); limfatice: canalul Toracic, marea venă limfatică, ganglionii şi reţeaua limfatică locală (Şt. Popescu); a domului pleural (Adson şi Coffey, Netter) a nervului frenic, a rădăcinilor plexului brachial prin compresiune sau elongare (foarte frequent semnalate de autori), cari pot da hiperestezii, parezii şi chiar paralizii (Sénèque, Nathar) ce pot persista luni de zile.

In ce priveşte procentul vindecărilor postoperatorii acesta se prezintă în mod diferit după cum e vorba de turburări nervoase sau turburări vasculare.

Dacă în primul caz, — exceptând bineînţeles leziuni amiotrofice indelebile, — rezultatul este foarte adeseori excelent şi decisiv, uneori — (prin ridicarea obstacolului osos iritant), — chiar în cursul intervenţiei (Crouzon, Borş, etc), nu tot astfel stau lucrurile în cazul al II-lea în care procesul de endarterită obliterantă nemai putând fi înfrânat numai prin rezecţia coastei, şi simpatectomia periarterială (ca atunci când artera este permeabilă), obligă, prin prezenţa turburărilor trofice grave, ce merg până la gangrenă, să se practice şi rezecţia segmentului de arteră trombozat, favorizând astfel obţinerea retrocedării fenomenelor ischemice, cu preţul unei vindecări funcţionale din cele mai bune (cazul Leriche revăzut după 15 ani), chiar dacă pulsul şi oscilometria rămân absolute prin lipsa unei circulaţiuni colaterale de tip continuu.

Se evită astfel amputaţiuni mutilante mai întinse (ca în cazurile Perrazzo, Lenner etc. ce au necesitat ablaţia întregului antebraţ).

Global, — unii autori ca Adson şi Coffey, — dau în statistica lor un procent de vindecări post-operatorii de peste 75% (26 cazuri totale din 36; 4 ameliorări şi 6 eşecuri); Streissler 77% vindecări totale, 13% ameliorări şi 10% eşecuri; Sénèque, eşecuri 15%; Sargent din 27 cazuri 19 vindecări şi 8 ameliorări, etc.

CONCLUZIUNI

1. Coasta cervicală este o anomalie congenitală, de tip reversiv, a cărei existenţă rămâne foarte adesea ignorată de purtător, dar care nu rareori dă naştere unui syndrom patologic vasculo-nervos cu evoluţie foarte gravă, ce merită a fi făcut cunoscut în mase cât mai mari de medici.

2. Depistarea ei se impune a fi realizată în mod cât mai precoce şi aceasta e în funcţie de concursul exclusiv al metodelor de investigaţie radiologică aplicate cu competinţă.

3. Nu există niciun raport direct între aspectul morfologic al coastei şi eventualitatea apariţiei syndromului clinic; precum şi a caracterelor acestui syndrom.

4. Deşi anomalia este foarte adeseori bilaterală totuşi apariţia

syndromului clinic — atunci când apare — e în majoritatea cazurilor doar unilateral.

5. Complexitatea fizio-patologiei simptomelor e explicată prin complexitatea elementelor anatomo-topografice ale regiunei unde îşi face apariţia coasta cervicală.

6. Patogenia gravelor turburări de ordin vasculo-nervos ce pot surveni în decursul evoluţiei afecţiunei e astăzi complet elucidată.

7. Tratamentul chirurgical — unicul eficace, — trebue să se inspire şi el, în executarea actului operator „in situ", dela aceste date patogenice diriguitoare, aplicate în mod eclectic.

8. Rezultatele sunt bune într'un procent de 75%.

CĂRŢI PRIMITE LA REDACŢIE

GH. DEŞLIU: *Monografia sanitară a circ. Brezoi-Vâlcea.* — R.-Vâlcea, „Gutenberg", 1947.

C. STANCA: *Cinci ani de activitate medicală în refugiu (1944—1945).* — Bucureşti, 1947, Edit. Gorjan.

E. CORNELEAC: *Con. sur 2 cas d'angine de puitrine opérés d'après la méthode de supression du réflexe (Danielopolu).* — Extrait du Bull. Acad. de Méd. de Roumanie, No. 4—6/1945.

Prof. N. BLATT: *Prophylaxie de la cécité en Roumanie 1940—1947. — Infiinţarea unui Institut central de oftalmologie. — Necesitatea unui curs de semiologie oculară.* — Imprimeria Naţională, Bucur., 1947.

V. MUNTEANU: *Anuarul Spitalului de Stat din Oradia pe anii 1945 şi 1946.* — „Grafica", Oradia, 1947.

A. CÂRSTEA: *Apendiculo-duodenita.* — Vol. III, din Biblioteca de medicină şi chirurgie, 1941, Bucureşti.

G. VINTILĂ et DAN CAMIL MANOLIU: *Nouvelles conceptions en biologie (Cellule, fecondation et évolution).* — „Cartea Românească", Bucureşti, 1942.

Facultatea de Medicină a Universității Bolyai
Clinica oftalmologică: Director, Prof d-r V. Sabadeanu

CHERATO-CONJUNCTIVITA FLICTENULARĂ ȘI TUBERCULOZA INFANTILĂ

de

Prof. D-r V. SÀBADEANU și **Asist. D-r L. KOTZIÁN-KOKAY**

Plecând dela constatările relatate de Dollfus și Debrousse, autorii au examinat 20 de copii suferind de cherato-conjunctivită flictenulară. La 90% dintre ei au găsit o infecție tuberculoasă. La unii s'au constatat leziuni hilare sau parenchimatoase pulmonare destul de pronunțate și evolutive.

S. și K. susțin, fiecare copil cu cherato-conjunctivită flictenulară trebue supravegheat și mulți trebuesc tratați și îngrijiți ca tuberculoși.

Din punct de vedere social fiecare flictenă oculară apărută la un copil trădează un focar infecțios tuberculos în apropiere.

Din aceste puncte de vedere flictena oculară a copilului capătă deci o importanță deosebită.

Etiologia cherato-conjunctivitei flictenulare a fost deosebit de mult discutată în cursul vremurilor. Discuția se continuă încă și iau parte la ea oculiști de mare autoritate, susținând cu multă competință și cu argumente clinice serioase, puncte de vedere diametral opuse, sau în cel mai bun caz foarte îndepărtate.

Nu vom intra în amănuntele acestei discuții. Vom aminti totuși, că în ultimul timp tot mai des și mai insistent se afirmă legătura

directă dintre cherato-conjunctivita flictenulară şi tuberculoză. Această concepţie ar putea fi considerată ca aproape universal admisă, dacă nu s'ar ridica împotriva ei autoritatea lui Magitot şi a câtorva oculişti francezi, în deosebi, cari neagă rolul primordial al tuberculozei în producerea flictenelor oculare, pe care le pun pe deantregul în contul afecţiunilor nasale concomitente.

Dar chiar printre autorii cari văd o legătură între conjunctivita flictenulară şi tuberculoză, nu există o concepţie unitară şi bine definită în ceea ce priveşte raportul patogenic dintre cele două afecţiuni. Acest raport uneori este numai vag afirmat prin stabilirea unei relaţii între perioada de vieaţă în care apare cherato-conjunctivita flictenulară şi aceea în care se produc contaminările bacilare. Astfel Kitahara şi Horioka subliniază două epoci în care flictenele oculare se întâlnesc în mai mare număr şi anume: la vârsta de trei ani, în stadiul lui Ranke, când copii sunt mai puţin rezistenţi la tuberculoză şi la 18 ani, când pubertatea şi exodul dela sat la oraş favorizează infecţiile tuberculoase. Alţi autori semnalează curbe termice caracteristice pentru tuberculoză, cu uşoare subfebrilităţi vesperale. Majoritatea autorilor demonstrează coexistenţa unor leziuni bacilare pulmonare, ganglionare sau osoase şi afirmă legătura directă dintre ele şi flictenele cherato-conjunctivale, fără să tragă o concluzie clinică sau socială mai precisă, decât aceea, că bolnavul cu cherato-conjunctivită flictenulară are nevoie şi de un tratament general roborant sau de o dietetică specifică.

Cu atât mai mult nu ne-am obişnuit să ne sesizăm de prezenţa unor flictene oculare, cu cât autori cu mare autoritate (Poulard, Ginestous, Michail), consideră conjunctivita flictenulară ca o manifestaţie a unei tuberculoze atenuate, asemănătoare cu tuberculidele lui Darier. După părerea acestor autori, flictenele oculare izolate şi sporadice, care se ivesc la indiivzi în plină sănătate aparentă, ar putea fi considerate ca semnul unei tuberculoze viscerale benigne sau pe cale de vindecare şi numai flictenele multiple şi recidivante ar trebui privite ca un semn al tuberculozei viscerale în plină activitate.

Căutând să explice patogenia lor, Weekers şi o altă serie de autori consideră flictenele oculare ca o manifestare de alergie, de cele mai multe ori tuberculoasă. Mai precis, Weekers o priveşte ca un fel de auto-oftalmo-reacţie tuberculinică, paralelă cu cutireacţia, care se produce prin depunerea pe conjunctiva hipersensibilă a unei cantităţi înfime de tuberculină conţinută de lacrimi. Dar Weekers admite în acelaşi timp şi posibilitatea unei acţiuni hetero-alergice produse prin toxina stafilococică, explicând astfel rolul impetigoului în producerea cherato-conjunctivitei flictenulare.

Moritz consideră flictena oculară ca o manifestare alergică timpurie a tuberculozei, fie recent contractată, fie în stare de puseu evolutiv recent.

Faţă de aceste consideraţiuni oarecum teoretice şi faţă de nesiguranţa care mai planează încă asupra raportului direct dintre conjunctivita flictenulară şi tuberculoză, Dollfus, în urma unor observaţiuni şi anchete clinico-sociale, publicate în ultimul timp, aduce precizări practice importante, în deosebi asupra unui mare capitol al tuberculozei şi anume a tuberculozei infantile, sau mai bine zis al raportului ei cu conjunctivita flictenulară.

Observând 150 de cazuri de conjunctivită flictenulară la copii de sub un an până la 15 ani, Dollfus şi Debrousse studiază raportul dintre cherato-conjunctivita flictenulară şi tuberculoză prin: 1. cutireacţia tuberculinică, 2. starea generală din punct de vedere clinic şi radiologic, 3. depistarea momentului de contagiune.

Ei constată, că: 1. Cuti-reacţia Pirquet este pozitivă în 91% a cazurilor; dar menţionează că în cele 9% cu cutireacţia negativă, aceasta ar fi trebuit să fie repetată. Copiii n'au mai fost prezentaţi iarăşi la control.

2. Dintre copiii examinaţi, 92% au prezentat semne clinice sau radiologice de leziuni bacilare pulmonare parenchimatoase sau hilare.

3. In 43 cazuri s'au făcut anchete sociale pentru descoperirea focarului bacilar contaminat. In 38 cazuri (80%), acesta a fost descoperit în imediata apropiere a bolnavului, de unde până atunci trecuse neobservat.

Cele mai multe îmbolnăviri de cherato-conjunctivită flictenulară le-a întâlnit Dollfus între 4 şi 8 ani, mai frecvent la fetiţe, în proporţie de 3 la 2.

Observaţiile lui îi-au format convingerea, că flictena oculară apare de timpuriu după infecţia tuberculoasă şi mai precis, că apariţia ei coincide cu perioada de viraj a tuberculino-reacţiei. Astfel acest accident ocular în aparenţă banal devine un simptom precoce al unei afecţiuni generale, faţă de care trebue să se ia toate precauţiunile necesare.

Plecând dela faptele relatate de Dollfus şi Debrousse am urmărit şi noi mai de aproape cazurile de cherato-conjunctivită flictenulară internate în clinica noastră sau prezentate la serviciul de consultaţii al clinicei.

Examinarea pulmonară clinică şi cutireacţia Pirquet s'au făcut la Clinica Infantilă din Tg.-Mureş, sub controlul direct al d-lui Profesor Moritz iar examenul radiologic al plămânilor s'a executat la Institutul de Radiologie.

Redăm în acest tablou rezultatele obţinute de noi.

Nr. curent	Numele	Etatea	Habitus	Boli asociate	Antecedente colaterale	Antecedente personale	Afecţiunea oculară	Starea generală: Viteza sed. gl. roşii	Starea generală: Semne clinice	Starea generală: Semne radiologice	Starea generală: Reactia Pirquet	Evoluţia afecţiunii oculare
1	B. K.	13	Normal, bine nutrit	Amigdalită cronică			Numeroase microflictene limbice	15	Câteva valuri bronşiale	Desen hilar accentuat cu focare fibroase în apropiere	++	Vindecare rapidă
2	B. Ö	4	Debil	Rinită purulentă		Tulburări digestive frecvente	Câteva flictene limbice		T. B. C. Hilară	Umbră omogenă de mărimea unei nuci în hilul drept	+++	"
3	D. M.	6	Debil	Rinită cron.; impetigo al feţel			Panus eczematos, blefarită		Adenopatie hilara dr; infiltraţie pleurită exudativă	In sinusul costo-diaframg dr. exudat, în hilul drept umbră omogenă bine delim. de mărimea unui măr.	++	Ameliorare în ritm normal
4	D. Zs.	4	Bine desvoltat, bine nutrit	Impetigo, rinita purul. otită med sup. acută stg. otită ext. eczem. dr.	Părinţii sănătoşi		Microflictene limbice A O.	30	T. B. C. hilară bilat.	Hilul dr. mărit, rau delimitat	+	Vindecare normală
5	D. I.	2½	Norm. desv. supra nutrit	Impetigo, otită ext. eczemat. stg.	Unchiu, cu care locuieşte, este t. b. c s		Flictenă limbică O. D. Macule corneene mici A O	40	Nimic patologic	Hili măriţi	+++	vindecare f. lentă
6	H. S.	12	Nedesvolt subnutrit	Scrofulodermă			Flictene corneene multiple O. S	48	"	Proces hilar bilateral	+++	vindecare lentă
7	L. R.	12	Debil, slab desvoltat	Hipertrof. amigd. veget. adenoid. eczema nasului			Numeroase flictene corn., de mărimi diferite A. O.		T. B. C hilară	Hilul dr. cât o caisă, bine delim, omogen. In stânga gl paratracheal cât o prună	+++	La început agravarea stării corn, apoi vindec. lentă

Bucharest / Central University Library

Nr. curent	Numele	Etatea	Habitus	Boli asociate	Antecedente colaterale	Antecedente personale	Afecţiunea oculară	Starea generală: Viteza sed. şi roşii	Starea generală: Semne clinice	Starea generală: Semne radiologice	Starea generală: Reacţia Pirquet	Evoluţia afecţiunii oculare
8	S. I.	9	Normal desvolt subnutrit	Hipertrof. amigd. vegetaţii adenoidiene	Tatăl t b.c-S		Flictenă corn. şi câteva microflict. limbice O D		T. B. C. hilară	Ambii hili cu desen intens şi câteva focare fibroase		Vindecare lentă
9	S², I.	4	Bine desvolt. bine nutrit.	Rinită purulentă, eczema narinelor			Flictenă limbică O. D Ulcer flict. cornean O. S.		"	Hili mariţi, bine definit Printre ramif. condensări fibroase. Lângă hil I dr. câteva umbre fibroase, de mărime bob de meiu.		Vindecare rapidă
10	V. I.	4	Normal desvolt. constit. debilă.	Hipertrof. amigd rinită purulentă			Mai multe flictene limbice		Nimic patologic	Leziuni caracteristice pt. t.b.c. în hilul dr.	++	Vindecare lentă
11	K. I.	15	Normal desvolt. subnutrit				Câteva flictene limbice O D. Flictenă ulcerată pe cornea stânga	14	"	Hilii cu fascicole dure. care se prelungesc în câmpii pulm. infer.	+++	vindecare în ritm normal
12	P. I.	4	Desvolt. şi nutr. normal				Câteva flictene limbice şi la periferia corneei dr.	8	"	Nimic patologic	0	"
13	D. M.	2		Vegetaţii ale mucoasei nasale		Afec oculară recidivează des	Flictenă corneană O. D.		"	Proces hilar în partea dreaptă	+	"
14	E. I.	3	Normal desvolt. subnutrit			Tuse convuls cu ½ an în urmă	Congestie conjunct. dif panus cornean de jur împrejur A. O.	10	"	Nimic patologic	++	"

Cluj / Central University Library Cluj

Nr. curent	Numele	Etatea	Habitus	Boli asociate	Antecedente colaterale	Antecedente personale	Afecţiunea oculară	Starea generală				Evoluţia afecţiunii oculare
								Viteza sed. gl. roşii	Semne clinice	Semne radiologice	Reacţia Pirquet	
15	G. M.	4	Normal desvoltat şi nutrit				Infiltr corneană superf. paracentr. O. D.	8	Nimic patologic	Nimic patologic	∅	Vindecare în ritm normal
16	R. M.	4	Normal desvoltat şi nutrit		Mamă-sa de 4 luni eşită din sanator, de 6 săptămâni moartă de t b.c. pulm.		Câteva flictene limbice O. S.		"	Desen hilar accent. cu umbră de focar de mărim unui bob de linte	++	"
17	L. C.	12	Bine desvoltată, f. bine nutrită, aparenţă robustă		Un bolnav de t.b.c osoasă frec venteaza des casa	Cu 3 luni în urmă pojar; cu 2 luni în urmă intâia menstr.	Flictenă mică limbică O D. Reacţie foarte redusă		"	Hili tumefiaţi, fibroşi, In hili câţiva noduli mici, bine delimitaţi, necalcifiaţi.	+++	Vindecare foarte rapidă
18	R. M	5	Normal desvolt. bine nutrit				Câteva micro-flictene limbice O D.	30	"	Hilul dr. mărit, desen bogat; în plin parenchim pulm infiltraţie rău delimitată de mărimea unei nuci.	++	
19	M. I.	13	Normal desvoltat		Anamneza nu descopere tbc familiară		Flictenă limbică ulcerată O. D.	33	"	Desen hilar accentuat cu câteva condensări vechi	+++	Vindecare în ritm normal
20	D. G.	4	Debil				Numeroase macule superficiale şi câteva flictene corneene A. O.	28	"	Hili măriţi, în jurul lor numeroase umbre discrete punctiforme	++	Vindecare foarte lentă recidive repetate

Cluj Central University Library Cluj

Din analiza celor 20 de cazuri, rezultă:

Vârsta copiilor a variat între 2 şi 15 ani, cele mai multe cazuri fiind între 2 şi 4 ani. Mediul din care s'au recrutat bolnavii a fost în 6 cazuri cel urban şi 14 cazuri cel rural.

Aspectul general al copiilor în 10 cazuri nu dădea loc la nicio suspiciune, copiii fiind normal desvoltaţi şi bine nutriţi, unul având chiar o înfăţişare robustă, iar altul fiind molet.

In 9 cazuri existau leziuni asociate, ca impetigo al feţei, scrofulodermă sau afecţiuni nasale, care după **Magitot, Dubois, Poulsen** şi alţii, singure ar putea explica apariţia flictenelor oculare. Dar în toate aceste cazuri, ca şi în majoritatea observaţiilor, examinările făcute au descoperit leziuni tuberculoase indiscutabile. Afecţiunile asociate ale feţei şi nasului n'au făcut deci decât să mascheze cauza reală a afecţiunii oculare.

Anchetele sociale pentru depistarea focarului infecţios şi descoperirea momentului contagiunii nu s'au putut executa. Totuşi în 4 cazuri anamneza indică prezenţa unui tuberculos în anturajul copilului.

Antecedentele personale numai în 2 cazuri ne arată împrejurări favorizante pentru infecţia bacilară. Intr'un caz este vorba de tusă convulsivă, iar în altul de pojar şi prima menstruaţie cu câteva luni în urmă.

Leziunile oculare, în 17 cazuri, constau din flictene limbice sau corneene tipice, unele însoţite de reacţiuni iritative pronunţate, altele lipsite de astfel de reacţiuni. In 2 cazuri bolnavii prezentau panus de tip limfatic, iar în altul o infiltraţie corneană superficală fără caractere specifice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Imbolnăvirea tuberculoasă a copiilor a fost cercetată prin determinarea vitezei de sedimentare a globulelor roşii, prin examenul clinic şi radiologic pulmonar şi prin cutireacţia Pirquet.

Viteza de sedimentare a globulelor roşii, cercetată în 11 cazuri, s'a dovedit accelerată în 9 cazuri, deci în 82%. In general această probă a dat rezultate paralele cu celelalte examinări. Deci ea apare ca un mijloc preţios de verificare a celorlalte mijloace de investigaţie.

Examenul clinic al plămânilor nu a descoperit totdeauna leziunea bacilară. Numai în 6 cazuri (30%), s'au putut constata semne de tuberculoză: în 5 cazuri sub formă de tuberculoză hilară, iar în 1 caz sub formă de adenopatie hilară cu infiltraţie epituberculoasă şi pleurezie exudativă. Ar fi deci o greşală să ne limităm la acest examen atunci, când vrem să ne convingem de starea pulmonară a bolnavului purtător de flictenă oculară.

Examenul radiologic s'a arătat în schimb absolut indispensabil. In 17 cazuri (85%), el a demonstrat modificări hilare sau perihilare, caracteristice pentru tuberculoză. In 2 din cele 3 cazuri, în care nu s'au găsit semne radiologice pulmonare, celelalte examinări au fost de asemenea negative.

Cutireacţia Pirquet, pozitivă în 88,8% a cazurilor noastre, apare ca un mijloc de confirmare indiscutabilă a etiologiei tuberculoase a leziunilor oculare flictenulare. Este adevărat, că valoarea ei clinică este

contestată după o anumită vârstă a individului, dar frecvenţa ei de 83,3% la copii mai mici de 6 ani din statistica noastră, nu poate fi trecută cu vederea.

Evoluţia afecţiunii oculare n'a urmat vreo regulă oarecare nici în raport cu habitusul copilului, nici în raport cu leziunea pulmonară. La unii copii debili s'a obţinut o vindecare rapidă sau în timp normal, după cum la alţii bine desvoltaţi, ritmul de vindecare a fost încetinit. La fel, bolnavi cu leziuni pulmonare pronunţate s'au vindecat în ritm normal, după cum la alţii cu leziuni mai discrete, afecţiunea oculară a avut o evoluţie mai lentă. O paralelă mai constantă se obesrvă numai între ritmul de evoluţie a afecţiunii şi viteza de sedimentare a globulelor roşii.

Recapitulând tabloul de mai sus constatăm, că la 18 din cei 20 de copii suferind de cherato-conjunctivită flictenulară, deci în proporţie de 90%, s'a putut pune în evidenţă infecţia tuberculoasă, prin unul, prin mai multe sau prin toate mijloacele de investigaţie întrebuinţate.

Remarcăm încăodată, că la toţi copiii cu afecţiuni concomitente ale feţei şi nasului s'au găsit leziuni bacilare evidente. Deci, accentuăm din nou ce greşală s'ar face, dacă ne-am mulţumi să explicăm cauza flictenei oculare prin aceste leziuni de vecinătate coexistente.

Este de reţinut şi cazul (No. 14), în care infecţia tuberculoasă nu s'a evidenţiat decât prin reacţia Pirquet pozitivă şi prin viteza de sedimentare a globulelor roşii uşor accelerată.

*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In fond, problema pusă de Dollfus — şi de care ne ocupăm şi noi — nu este nouă. După cum am amintit la începutul articolului nostru, legătura dintre flictena oculară şi tuberculoză este demonstrată şi admisă de majoritatea autorilor. Raportul lor etiologic este indiscutabil.

Este nou însă unghiul prin care priveşte el flictena, atât din punctul de vedere al individului, în speţă al copilului, cât şi din punct de vedere social. Pe baza rezultatelor obţinute, noi împărtăşim pe deantregul acest punct de vedere al lui Dollfus şi Debrousse.

Plecând dela o flictenă oculară, uneori fără fenomene reacţionale, deci care nu atrăgea în mod deosebit atenţia anturajului, aceşti autori au descoperit stări pulmonare alarmante, care au impus internarea copiilor în preventorii sau chiar în sanatorii. Contrar părerii lui Marfan, că bolnavii cu flictene oculare nu fac tuberculoză evolutivă, Dollfus semnalează mai multe cazuri de copii flictenulari cu leziuni pulmonare tuberculoase latinse şi evolutive. Noi înşine am găsit la unii dintre bolnavii noştri leziuni hilare tuberculoase foarte pronunţate şi îndreptăţite la cel mai rău prognostic.

Din punctul de vedere al individului, flictena oculară apare deci pentru Dollfus şi Debrousse, ca şi pentru noi, ca un semnal de alarmă. **Un copil cu cherato-conjunctivită flictenulară va trebui în fiecare caz supraveghiat şi în foarte multe cazuri tratat şi îngrijit ca un tuberculos.**

Aceiaşi valoare o are flictena oculară a copilului şi din punct

de vedere social, ca factor de depistare a tuberculozei. Dat fiind cercul de viață mai restrâns al copilului, ca și faptul remarcat și subliniat de Dollfus, că flictena apare în perioada de viraj a cutireacției tuberculinice, deci în interval de câteva luni dela primo sau reinfecție, pornind pe calea ei se poate descoperi de cele mai multe ori focarul infecțios — până atunci adeseori necunoscut — din familia sau din anturajul copilului. **Se poate spune deci fără exagerare, că fiecare flictenă oculară apărută la un copil trădează un focar infecțios tuberculos în apropiere.**

Regretăm, că nedispunând de mijloace de anchetă socială, n'am putut demonstra și noi acest adevăr evidențiat și susținut de Dollfus și Debrousse. Acești autori în 88% a cazurilor anchetate au putut descoperi cu ușurință focarul contaminat.

Privită prin acest nou punct de vedere, flictena oculară a copilului capătă deci o importanță deosebită în depistarea și profilaxia tuberculozei.

D-r V. Săbădeanu et D-r L. Kotzján-Kokay: La kérato-conjonctivite phlycténulaire et la tuberculose infantile.

En partant dès constatations relatées par Dollfus et Debrousse, les auteurs ont examiné vingt enfants souffrants de kérato-conjonctivite phlycténulaire. Dans une proportion de 90 p. 100 ils ont constaté une infection tuberculeuse, chez les uns avec des lésions hilaires ou parenchimateuses pulmonaires prononcées et évolutives.

S. et K. sont d'avis qu'un enfant souffrant de kérato-conjonctivite phlycténulaire doit être surveillé chaque fois et dans beaucoup de cas doit être traité et soigné comme un tuberculeux.

Pareillement aux Dollfus et Debrousse ils affirment que chaque phlyctène oculaire apparue chez un enfant trahit un foyer infectieux tuberculeux en entourage.

De ce point de vue la phlyctène oculaire de l'enfant reçoit une grande importance.

D-r V. Săbădeanu und D-r L. Kotzján-Kokay: Die Kerato-Konjunktivitis phlyetaenosa und die Tuberkulose der Kinder.

Von den Feststellungen Dollfus und Debroussse ausgehend, haben S. und K. 20 an Kerato-Konjunktivitis phlyetaenosa leidende Kinder untersacht. In 90% haben sie die tuberculöse Infektion ausgewiesen, bei einigen mit pronnnzierten und fortschreitenden Lesionen in Hilus und Lungenparenchym.

S. und K. behaupten dass jeder einzelne Fall von Kerato-Konj., phlyctaenosa bei Kindern, zu kontrollieren und in den meisten Fällen als tuberkulöser zu behandeln und zu pflegen ist.

Wie Dollfus und Debrousse, auch diese Autoren behaupten, dass bei jedem einzelne Kinde vorkommende Phlyctaene, eine sich in Nähe befundende tuberkulösen Infektionsfokus verrat.

Aus diesen Gesichtpunkten die bei Kindern auftretende Phlyktaene besondere Bedeutung bekommt.

BIBLIOGRAFIE

1) M. A. Dollfus: Valeur de la conjonctivite phlycténulaire dans le dépistage et la prophylaxie de la tuberculose infantile, (Arch d'opht. No 1-2, 1941-42); 2) Dollfus et Debrousse: 150 cas de conjonctivite phlyctenulaire, (Soc. d'opht. de Paris 16 X 1943); 3) Ginestous· Ophtalmologie infantile; 4) Magitot: Kératoconjonctivites avec lésions nasales, (An. d'oc. janv. 1936); 5) Marfan: Scrofule et ophtalmie phlycténulaire, (Presse Méd. No 36 1928); 6) Michail: Tratat de oftalmologie; 7) Moritz: Fenomene alergice în fazele de început ale tuberculozei (în l. maghiară: extras din Balaton-füredi füzet); 8) Weekers: Phlyctènes oculaires et tubereulose, (Arch. d'opht. VI-VII. 1927)

Lucrare din Sanatoriul Dobrița-Gorj și
Spit. de Stat Tg.-Jiu, Secția chirurgicală

SCURTAREA CLAVICULEI CA INTERVENȚIUNE DE DETENTA IN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL TUBERCULOZEI PULMONARE

de

C. ADAMEȘTEANU, I. GASPAR, C. LUPULESCU și M. GASPAR

Scurtarea chirurgicală a claviculei cu 4—6 cm., urmată de osteosinteză imediată, a fost propusă de către unul dintre autori (D-r Adameșteanu), ca metodă de tratament chirurgical în tbc. pulmonară în ședința dela 9 Ian. 1946, a Soc. Naționale de Chirurgie din București.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mecanismul său de acțiune este explicat prin deplasarea omoplatului înainte și prin punerea în repauz fiziologic al mușchilor marele dințat și micul pectoral care își apropie inserția lor scapulară de aceia costală. Vine apoi acțiunea compresivă a omoplatului asupra toracelui prin punerea în tensiune a fibrelor orizontale ale trapezului și romboidului. Ca consecință, arcurile costale se închid, coastele iau o poziție de expirație și spațiile intercostale scad în înălțime. Din faptul supresiunei tensiunei elastice dinamice anteroexternă, își trage această intervențiune eficacitatea sa ca operațiune de detentă în leziunile infiltrative și cavitare cu sediul infraclavicular. Practicată pentru caverne subclaviculare pe bolnavi evolutivi, cazuri limită pentru tratament chirurgical, acțiunea ei de detentă se manifestă prin modificarea cavernei care ia aspect ovalar sau piriform, micșorarea numărului sputelor și scăderea temperaturei. Astfel stabilizați 3 bolnavi unilaterali și 4 bilaterali au putut să suporte ulterior o intervențiune de colaps într'un timp.

Scurtarea claviculei a fost întrebuințată ca intervențiune autonomă și ca singur tratament în 8 cazuri de tbc., fibroasă pură sau pleurogenă cu evoluție continuă și progresivă. Retracția toracică favorizată de scurtarea cla-

viculei a atins într'un an reducerea diametrului transversal preoperator al hemitoracelui respectiv cu 1/3. Semnele stetacustice supraadăogate au dispărut şi sputa a devenit negativă după 3 luni dela intervenţie.

Scurtarea claviculei are ca intervenţiune de detentă indicaţiunile toracoplastiei lui Monaldi.

În şedinţa dela 9 Ianuarie 1946 a Soc. de chirurgie din Bucureşti, unul dintre noi (Adameşteanu) a comunicat o serie de 15 cazuri de forme clinice diverse de tbc. pulmonară în tratamentul cărora, scurtarea claviculei fusese întrebuinţată ca intervenţiune autonomă sau adjuvantă. Ideia scurtării claviculare a rezultat pentru dânsul din observaţiunea unui rănit de războiu, care prezenta o retracţie a hemitoracelui apărută şi accentuată după o fractură a claviculei respective, consolidată cu o scurtare de 4 cm. Cum retracţia toracică astfel realizată putea fi util întrebuinţată în tratamentul chirurgical al tbc. pulmonare, technica de scurtare chirurgicală a claviculei a fost pusă la punct pe cadavru iar la 11 August 1945 a fost executată pe un student, ce prezenta o tbc. ulcero-fibroasă cu tendinţă la retracţie toracică spontană.

În comunicarea citată nu era vorba decât de a face cunoscută metoda şi mecanismul ei de acţiune asupra hemitoracelui, urmând ca ulterior pe o statistică mai importantă şi pe o durată de o observaţiune mai lungă să i se stabilească mai bine indicaţiunile.

În şedinţa următoare a Soc. de Chirurgie, D-nul Profesor Iacobovici a prezentat o notă cu date extrase din tratatul de Colapsoterapie al lui Hein Kremer Schmidt ediţia 1938, din care rezultă istoricul intervenţiunilor pe claviculă în tratamentul chirurgical al tbc. pulmonare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Astfel, la pag. 717 din citatul tratat se arată că Brauer şi Samerbruch, au făcut la 23 Iunie 1909, o comunicare la Soc. Medicală din Marburg, asupra unui caz de tbc. pulmonară tratat prin rezecţia coastei 1-a, la un bolnav care avea o fractură accidentală a claviculei respective vindecată cu o scurtare. S'a obţinut o strâmtorare importantă a hemitoracelui în regiunea apicală, fapt la care a contribuit, după părerea autorilor, şi fractura claviculară prealabilă. Mai departe pe aceiaşi pagină se scrie textual: „Brauer s'a gândit la o rezecţie parţială a claviculei şi coastei 1-a, dar în curând el retrage propunerea rezecţiei claviculare pentru a nu distruge centura scapulară".

În lunga lui activitate în domeniul chirurgiei pulmonare, precum şi în clasicul său tratat „Chirurgie der Brustorgane", Sauerbruch nu citează nicio intervenţie pe claviculă şi nici nu mai reaminteşte de comunicarea lui dela Marburg.

In 1933, Broglio propune extirparea primelor 2—3 coaste pe cale anterioară, dar pentru a aborda mai uşor coasta 1-a, secţionează temporar clavicula la mijloc şi luxează în sus fragmentul extern, pentru a uşura desinserţia scalenilor şi îndepărtarea plexului brachial şi vaselor axilare de pe prima coastă. După extirparea coastelor, clavicula urma să fie refăcută prin osteosinteză. Această tehnică de toracoplastie înaltă nu a devenit clasică.

In 1935, Fiolle Careassoni, Figarella şi Lena comunică la Soc. Naţ. de Chirurgie din Paris, o technică de toracoplastie paravertebrală superioară

în care, pentru a uşura deplasarea omoplatului înainte, propun o rezecţie de 3—4 cm. din claviculă. Technica propusă de aceşti autori fusese experimentată numai pe cadavru, dar nu fusese executată pe viu. După ce arată că repunerea fragmentului clavicular extirpat între segmentele claviculare rămase, reproduce dificultatea deplasării omoplatului înainte prin incizia interscapulo-vertebrală, conchid următoarele: „Nu vrem pentru un moment decât să scoatem în relief uşurinţa pe care o dă pentru toracocectomia înaltă, supresiunea coardei pe care o reprezintă clavicula". Nici această technică prezentată ca o lucrare de amfiteatru, n'a găsit imitatori şi, autorii au renunţat ei înşişi la propunerea făcută, întrucât n'au mai gasit vreo lucrare privind technica toracoplastiei paravertebrale înalte, combinate cu o scurtare de claviculă. In concluzie, putem spune că, atât Broglio cât şi Fiolle şi colaboratorii săi, au propus primul, secţiunea temporară, iar ceilalţi rezecţia parţiale a claviculei, numai cu scopul de a-şi uşura o cale de abord în timpul toracoplastiei.

Scurtarea claviculei propusă de unul dintre noi, are o netă acţiune de detentă asupra hemitoracelui respectiv. Chiar dela început ea a fost concepută ca o intervenţiune autonomă în tratamentul unor forme de tbc. pulmonară sau ca intervenţiune prealabilă, pregătitoare, pentru acţiunea de colaps în cazurile zise limită, pentru tratamentul chirurgical, în tbc. pulmonară.

In lucrarea de faţă, vom reaminti pe scurt technica, mecanismul de acţiune şi urmările anatomice ale scurtării claviculare care au fost expuse în comunicarea dela Soc. de chirurgie şi vom căuta să stabilim locul pe care trebuie să-l ocupe această intervenţiune în chirurgia tbc. pulmonare, scopul principal fiind adâncirea problemelor de indicaţiune.

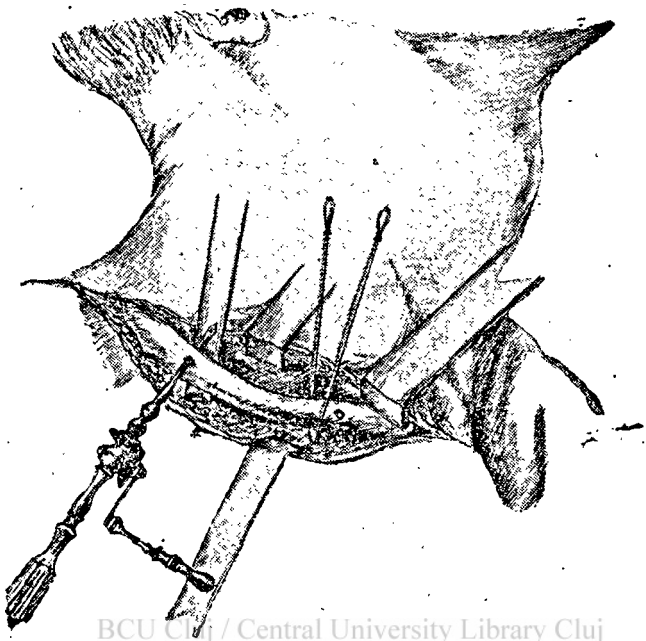
BCU Cluj / Central University Library Cluj

A. Technica scurtării claviculare.

Anestezie locală. Cu 30—40 cc. sol. novocaină 0,75% infiltrăm pielea şi ţesuturile periclaviculare. Se practică o incizie de aproximativ 10 cm. sub marginea anterioară a claviculei, ai cărei centru este în mijlocul claviculei. Se deperiostează osul pe toate feţele sale pe o distanţă de 6—7 cm. Fragmentul ce urmează a se extirpa trebue să reprezinte aproximativ 40% din lungimea totală a claviculei, măsurată în linie dreaptă dela articulaţia acromioclaviculară, la cea sternoclaviculară. El trebue să fie dinainte calculat şi în mod obişnuit are 4—6 cm. lungime.

Se însemnează pe faţa superioară a claviculei deperiostate cu bisturiul, traiectele viitoarei secţiuni osoase, care trebue să fie cât mai oblice şi paralele. In afara traiectului extern şi înăuntrul celui intern, se practică câte o perforaţie cu burghiul, de pe faţa anterioară către cea posterioară a claviculei apoi cu ferestrăul Gigli secţionăm osul după traiectele fixate. In lipsă de ferestrău Gigli, secţiunea claviculei se poate face cu ferestrăul cu arbore, secţionând întâi clavicula în mijlocul ei, apucând apoi cu cleştele Farabeuf pe rând fiecare fragment, care trebue să fie luxat în sus pentruca secţiunea osului să se poată face după traiectele fixate. După extirparea fragmentului clavicular trecem prin cele două perforaţiuni o sârmă groasă de 1 mm. din alpaca, aluminium sau bronz, ale cărei capete trebue să rămână pe faţa anterioară a claviculei. (Vezi fig. 1).

Pentru osteosinteză, umărul respectiv trebue împins înainte și înăuntru, până când suprafețele de secțiune osoasă se afrontează; răsucim apoi capetele sârmei. Când fragmentele au fost bine imo-



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 1
Technica. Perforarea și secțiunea claviculei

bilizate, tăem scurt capetele sârmei pe care le acoperim cu țesuturi moi din vecinătate (grăsime, mușchiu pielos, pectoral). Agrafe la piele pentru bărbați și sutură intradermică pentru femei.

Singura precauțiune asupra căreia atragem atențiunea, este ca în timpul perforației și secțiunei osoase, vasele subclaviculare să fie protejate prin trecerea unui depărtător Farabeuf pe sub claviculă. Pe 45 de cazuri operate de noi, n'am avut nici'un accident operator. Intervențiunea durează 10—15 minute și este tot așa de ușoară de suportat pentru bolnavi ca și o frenicectomie.

Se imobilizează brațul și antebrațul pe torace printr'un bandaj. La 8 zile se scot agrafele, iar la 21 de zile se ridică bandajul și se mobilizează articulația umărului.

Un neajuns al acestei intervențiuni este că aproximativ 30% dintre bolnavii operați, nu suportă materialul metalic de osteosinteză care provoacă un hematom sub piele și desunirea tardivă a plăgii.

Din cauza lipsei unui bun material de osteosinteză am fost obligați să întrebuințăm tot felul de sârme pe care le-am putut procura dar care se cunosc a nu fi perfecte ca material de osteosinteză. In tot cazul după 21 de zile dela intervenție, când consolidarea osoasă este sigură, sârma se poate extrage fără niciun inconvenient; plaga se cicatrizează remarcabil de repede.

B. Mecanismul de acţiune şi urmările anatomice ale scurtării claviculei.

Prin scurtarea claviculei, articulaţia scapulo humerală respectivă este atrasă înainte şi înăuntru. Deformaţia în sine este puţin perceptibilă pe subiectul desbrăcat iar pe cel îmbrăcat este absolut inobservabilă.

Dacă privim din spate bolnavul, se constată că marginea vertebrală a omoplatului, se găseşte cu 4—5 cm. mai înafară decât respectiva de partea opusă. Aceasta denotă că omoplatul în întregime se găseşte deplasat înainte şi rămâne aplicat pe torace în altă poziţie decât preoperator. Există deasemenea impresia de scapula allata pe care o dau paraliziile muşchiului marele dinţat.

Mişcările braţului sunt libere în articulaţia umărului căci prin această deplasare a cavităţii glenoide nu s'a schimbat niciun raport între ea şi capul humeral.

Analiza mai amănunţită ne arată însă că scurtarea claviculei are o influenţă covârşitoare asupra a 2 muşchi inspiratori, al căror rol a fost neglijat până astăzi în tratamentul tuberculozei pulmonare. Este vorba de muşchii marele dinţat şi micul pectoral.

Intr'adevăr, prin deplasarea înainte a omoplatului cu 4—5 cm. aproximativ, capetele de inserţie scapulară ale marelui dinţat şi cel coracoidian al micului pectoral s'au apropiat de inserţia lor costală cu aceiaş distanţă. Prin această apropiere a capetelor de inserţie, tonicitatea acestor muşchi ca şi puterea lor de contracţie, sunt anulate iar rolul lor de muşchi inspiratori, dispare. Prin scurtarea claviculei punem deci în repaus fiziologic 2 muşchi inspiratori, al căror rol nu este de loc neglijabil pentru mişcările respiratorii. (vezi fig. 2).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

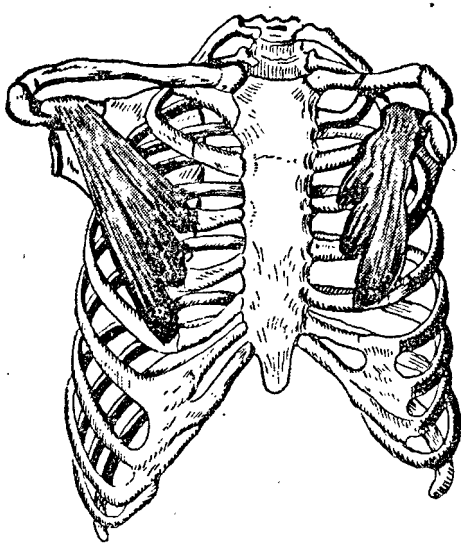


Fig. 2.
Relaxarea micului pectoral după scurtarea claviculei.

Când iau ca punct fix inserţia lor scapulară, marele dinţat şi micul pectoral atrag jumătatea anterioară a coastelor în sus şi înafară lărgind spaţiile intercostale. Împingând indirect sternul înainte, acţiunea acestor muşchi măreşte atât diametrul transversal al toracelui cât şi pe cel anteroposterior.

Cu multă probabilitate, linia dominantă anterolaterală descrisă de Monaldi, după studii de radiokimografie, ca rezultantă mecanică a jocului complex al muşchilor inspiratori, nu este altceva decât expansiunea imprimată coastelor de acţiunea acestor 2 muşchi inspiratori. Într'adevăr, linia dominantă a lui Monaldi corespunde cu linia de inserţie pe coaste a marelui dinţat, întărită la partea ei superioară cu inserţia micului pectoral pe coastele 3, 4 şi 5.

* * *

Eliberat de expansiunea anterolaterală, peretele toracic suferă acum acţiunea compresivă a masivului deltoscapular prin intermediul omoplatului.

Ca componentă a centurei scapulare, clavicula are rolul de a transmite greutatea masivului deltoscapular la stern şi de a menţine omoplatul la distanţă de peretele toracic, pentruca greutatea lui să nu influenţeze mişcările respiratorii.

Prin scurtaea claviculei omoplatul este atras înainte şi înăuntru dar fibrele orizontale ale trapezului şi romboidul, puşi în tensiune, au tendinţa să atragă omoplatul înapoi. Sub influenţa acestor 2 acţiuni antagoniste, omoplatul se aplică compresiv pe peretele toracic, unghiul costal se accentuiază, coastele rămân într'o poziţie expiratorie, spaţiile intercostale se îngustează. (vezi fig. 3).

Digitized by Babeş-Bolyai University Library

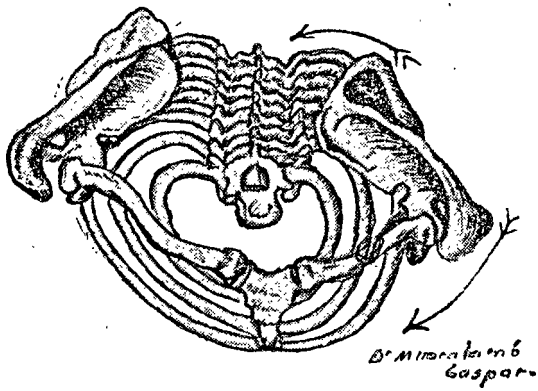


Fig 3.
Acţiunea compresivă a omoplatului.

* * *

Dacă examinăm un bolnav la 21 de zile după ce i se ridică bandajul, constatăm că retracţia toracică se manifestă printr'o înfundare a peretelui sub claviculă. Lungimea circulară a hemitoracelui respectiv măsurată după o linie orizontală ce trece prin capul coastei

a III-a sau a IV în faţă, de'a centrul sternului 'la linia apofizelor spinoase, este cu 4—5 cm. mai scurtă decât cea de partea opusă. Dacă recomandăm bolnavului să facă o inspiraţie profundă, pe când expansiunea hemitoracelui neoperat arată lungimi variabile cuprinse între 3—5 cm. lungimea celui operat, măsurată în aceleaşi condiţiuni, arată numai o diferenţă de 1—1½ cm.

Radiografia arată o reducere a diametrului transversal cu 1/5 din lungimea lui preoperatorie. Spaţiile intercostale sunt deasemeni reduse în înălţime faţă de cele de partea opusă. Există şi o turtire verticală căci coasta a II-a cea mai proeminentă pe radiografie, se găseşte cu oproximativ 1 cm. mai jos decât cea de partea opusă.

Radioscopic se constată de partea operată o reducere accentuată a expansiunei pulmonare inspiratorii, limitată în jumătatea superioară a ariei pulmonare.

Radiografiile succesive arată că retracţia toracică se continuă pe măsură ce ne depărtăm de momentul intervenţiei. Practicată pentru caverne perfect circulare cu sediul infraclavicular scurtarea claviculei produce o deformare a cavernei printr'o turtire din direcţia superoexternă spre hil, dându-i aspect piriform sau ovalar. Asupra cavernelor mici corticale, în formele de tuberculoză ulcerofibroasă cu caverne mici multiple, efectul scurtării claviculare se manifestă printr'o turtire a cavernelor corticale.

Toate aceste observaţiuni ne permit să afirmăm că scurtarea claviculei produce o turtire remarcabilă, concentrică, lentă şi progresivă a hemitoracelui respectiv mai ales în jumătatea superioară. La efectul de turtire constatat imediat după intervenţie, se adaogă efectul de retracţie toracică care se efectuiază în timp.

Faţă de scurtarea claviculei, se pare că există o capacitate de retracţie toracică individuală, explicată de bună seamă prin natura leziunilor şi mersul procesului cicatricial. La unele din primele noastre cazuri cari au acum 16 luni dela intervenţie, retracţia toracică a mers până la 1/3 din lungimea diametrului transversal preoperator, pe când la altele retracţia a redus acest diametru numai cu 1/4. Cea mai importantă retracţie se înregistrează la formele clinice cu predominenţă fibroasă, dar ea există în toate cazurile ca o urmare firească a scurtării claviculei.

C. Locul scurtării claviculare printre intervenţiunile chirurgicale în tuberculoză pulmonară.

Intervenţiunile chirurgicale în tuberculoza pulmonară au drept scop eliberarea pulmonului de peretele costal, pe care se exercită acţiunea muşchilor inspiratori, pentru a anihila cele 2 tensiuni elastice descrise de Parodi.

Prima este tensiunea elastică dinamică, provocată prin lărgirea diametrului vertical, ca urmare a acţiunei muşchilor inspiratori superiori (scaleni) şi a diafragmului precum şi a diametrului transversal, lărgit prin acţiunea muşchilor micul pectoral, marele dinţat şi intercostali. Această tensiune este ritmică, sincronă şi se exercită respectiv regional. Astfel acţiunea diafragmului influenţează direct leziunile bazale; acţiunea scalenilor pe cele apicale iar dinţatul mare şi micul pectoral, leziunile subclaviculare şi anteroexterne.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

A doua tensiune elastică este cea statică reprezentată prin tensiunea în care se găseşte fibra elastică a parenchimului pulmonar şi care nu încelează decât atunci când retracţia ei a atins maxima capacitate. Direcţiunea după care se exercilă această tensiune este direcţiunea generală corticohilară paralelă cu bronşiile mari.

Este stabilit că ţesuturile infiltrate, cu exudate intraalveolare, cavernele cu pereţii groşi precum şi atelectazia perilezională, sunt ţesuturi cari şi-au pierdut elasticitatea şi deaceia în parenchimul sănătos dimprejur, tensiunea elastică stati ă este mai accentuată.

Când aceste 2 tensiuni elastice, cea dinamică şi cea statică se exercită sincron şi din direcţii diferite asupra unei regiuni patologice neelastice, rezultatul după Parodi, este că ţesutul patologic se macină, fibrele lui elastice se rup şi ca urmare, apare excavaţia.

Din aceste 2 tensiuni, cea mai greu de anihilat este cea statică, care cere turtirea leziunilor patologice şi refularea parenchimului spre hil până când fibra elastică pulmonară din regiunea focarului, atinge maxima ei capacitate de retracţie. Intervenţiunea care duce la acest rezultat este o intervenţiune de colaps. Ea anihilează dintr'odată atât acţiunea tensiunei elastice dinamice cât şi pe a celei statice, punând focarul la adăpost de orice traumatism şi creind astfel condiţiunile optime de cicatrizare. Din această categorie fac parte: Ptx artificial cel extrapleural, toracoplastiile şi apicoliza extrafasciaţă a lui Semb.

Intervenţiunile care au de scop suprimarea tensiunei elastice dinamice regionale sunt intervenţiuni de detentă adică de relaxare a unei tensiuni în care se găseşte pulmonul bolnav. Acţiunea lor este limitată. Din această categorie fac parte unele Ptx artificiale cu insuflaţii de mici cantităţi de aer terminate cu mari presiuni negative, scalenotomia sau extirparea coastei I-a care duc la suprimarea acţiunei scalenilor, foarte nocivă pentru leziunile apicale retro şi supra claviculare precum şi frenicectomia care suprimă traumatismul diafragmului.

Alături de aceste intervenţiuni poate fi pusă şi scurtarea claviculei care suprimă acţiunea marelui dinţat şi micului pectoral, anihilând traumatismul respirator în regiunea anterolaterală. Natural că dacă este posibil vom recurge întotdeauna şi dela început pentru tratamentul unei leziuni, la o acţiune de colaps, dar lucrul nu este posibil în toate cazurile. Astfel când Ptx artificial este impracticabil, categoria intervenţiunilor de colaps chirurgical cere o anumită stare locală şi generală a bolnavului, a cărei exactă apreciere pune mult la încercare experienţa ftiziologului şi chirurgului.

Ne referim la cazurile zise limită în tratamentul chirurgical al tuberculozei pulmonare, termen fericit creiat de Dreyfus le Foyer şi Delbecq din care mai ales în ultimul timp întâlnim numeroase cazuri în practica noastră şi în Sanatorii. Pentru aceste cazuri se recomandă o tactică chirurgicală de securitate, colapsul brusc şi masiv fiind foarte periculos. Ei descompun acţiunea chirurgicală în 2 timpi: unul de detentă şi altul de colaps.

Iată deci locul intervenţiunilor de detentă regională care prin suprimarea traumatismului inspirator, duc la ameliorarea stării gene-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

rale, scăderea temperaturii şi expectoraţiunei, reuşind în majoritatea cazurilor să stabilizeze un bolnav grav. Numai astfel pregătit acesta poate să suporte ulterior o intervenţiune de colaps.

Scurtarea claviculei vine să mărească numărul intervenţiunilor de detentă, care este astăzi atât de redus.

Astfel privită, această intervenţiune îşi confundă indicaţiunile ei cu cele ale toracoplastiei elastice anterolaterale a lui Monaldi, care îşi are indicaţia tip în leziunile subclaviculare şi anterolaterale cu scop de detentă, fără a atinge efect de colaps.

In toracoplastia lui Monaldi se suprimă segmentele anterolaterale ale primelor 6 coaste adică, locul de inserţie costală al marelui dinţat şi micului pectoral. In scurtarea claviculei, se pun în repaos fiziologic aceşti 2 muşchi, astfel încât efectul pentru tensiunea elastică dinamică regională, este acelaşi.

Nu avem decât experienţa unui singur caz de toracoplastie Monaldi dar impresia noastră a rămas că această intervenţie este tot atât de şocantă ca şi toracoplastia tip Sauerbruch pe 6 coaste.

Din contră, scurtarea claviculei este o intervenţiune simplă, la îndemâna oricărui chirurg, nu comportă delabrări muşculare sau traumatisme pe nervi sau regiuni reflexogene, se execută în 10—15 minute, nu produce pierderi de sânge, se pretează la o anestezie locală perfectă şi deaceia putem afirma că este cea mai uşor de suportat dintre toate intervenţiunile chirurgiei pulmonare. Convinşi de benignitatea ei, noi am executat-o pe bolnavi febrili şi cu stare generală precară, care au suportat-o totuşi foarte simplu.

Rezecţia coastei I-a, este tot o intervenţiune de detentă dar executată atât după technica D-lui Prof. Iacobovici cât şi după technica lui Dreyfus le Foyer, această intervenţiune cere experienţă şi mare antrenament fiind după noi, cea mai delicată intervenţie în în chirurgia tbc pulmonare. Domeniile lor fiind învecinate, s'ar putea ivi cazuri de indicaţie asociată adică de rezecţia coastei I-a şi scurtarea claviculei. Intervenţia s'ar face prin aceiaş incizie. Incercând-o pe cadavru, am constatat că rezecţia coastei I-a devine mult mai uşoară dacă în prealabil s'au extirpat câţiva cm. din claviculă. Mai mult chiar, prin aceiaş incizie, se pot obţine cele 3 acţiuni de detentă, în acelaş timp, practicând frenicectomia, extirparea coastei I-a şi scurtarea claviculei. Noi am pus la punct o technică de scurtarea claviculei şi frenicectomie prin aceiaş incizie după care am executat 4 intervenţiuni.

(Urmare)

BCU Iasi / Central University Library Iasi

MANIFESTAŢIUNI GRAVE, LOCALE ŞI GENERALE, DETERMINATE DE STREPTOCOCI ŞI COLIBACILI „SCHWARTZMANN POZITIVI", IN ACŢIUNE ALTERNANTĂ SAU SIMULTANĂ

de

D-r EUGEN BUTTESCU şi D-r MARCEL IONESCU

Intr'o primă comunicare a noastră, la Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova, intitulată „Erizipel biotropic postcolibacilar", am arătat o serie de cazuri de erizipel recidivant, alterând cu stări infecţioase, neexplicabil de grave şi trenante, urmate de depistarea colibacilului şi streptococului în uroculturi.

Singurul mijloc eficace de terapie a acestor bolnavi a fost tratamentul anticolibacilar.

Cazuri asemănătoare, tot mai des întâlnite, ne-au determinat să aprofundăm cercetările noastre în scopul de a găsi o explicaţie a patogeniei lor.

Studiul biologic al acestor germeni făcut, cu modestele noastre mijloace, în laboratorul Spitalului de Boale Contagioase din Craiova, ne-a relevat calităţi de alergie nespecifică evidenţiate prin fenomentul lui Schwartzmann.

Intr'adevăr, şirul cazurilor de alergie nespecifică — prin acţiune simultană a doi germeni deosebiţi, din două focare în latenţă — este nesfârşit. Totuş, acest nou capitol bacteriologic deschide orizonturi largi în lămurirea atâtor stări infecţioase inexplicabile cari, de cele mai multe ori, se termină letal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La baza lucrărilor de acest fel stă primul memoriu al lui Paul Bordet — L'Allergie nonspécifique — prin care autorul demonstrează experimental, pe cobai şi epuri, evoluţia gravă a tuberculozei pulmonare prin acţiunea colitoxinei şi a B. C. G.-ului.

In asemenea cazuri avem de a face cu fenomenul lui Schwartzmann, descris în 1928, o variantă a fenomenului lui Sanarelli.

Fenomenul lui Sanarelli a fost descris în 1916, sub denumirea de alergie hemoragică. Constă în injectarea venoasă la epure a unei culturi de vibrioni holerici, care este bine suportată, însă care, fiind urmată de o altă injecţie venoasă cu filtrat a unui microb banal şi inofensiv în condiţiuni normale, provoacă leziuni hemoragice ale intestinului şi moartea animalului în colaps algid.

Acest fenomen interesează deopotrivă fiziologia şi clinica, explicând apariţia unor manifestări grave ce apar în cursul boalelor infecţioase.

Fenomenul lui Schwartzmann constă în aceea că injecţia venoasă de filtrate microbiene, făcută la 24 ore după injecţia intradermică a aceluiaş sau a altui filtrat activ, face să apară, în câteva ore, pe pielea astfel pregătită, o reacţie ce merge până la necroză sau moarte.

In cadrul acestor fenomene am explicat fiziopatologia unor infecţiuni de o extremă gravitate, dintre cari un prim caz a fost

mai bine studiat, iar restul, în totul asemănătoare, au putut fi depistate prin analogie cu primul.

Redăm mai jos 4 observaţiuni.

Observ. 1-a. — I. I., de 36 nai, intră în Spitalul Militar din Craiova, la 9 Iunie 1945, în Serviciul de Boale Contagioase, cu diagnosticul de erizipel al membrului inferior stâng cu stare septicemică.

In antecedente: oreilon şi rugeolă în copilărie, şancru Ducrey în 1928, nevralgie sciatică în 1931, cu reacţia B. Wassermann negativă în sânge şi lichidul cefalo-rachidian, paludism în 1939. In N-brie 1944, pe front, este rănit grav şi prezintă fractură cominutivă deschisă a ambelor oase ale gambei stângi în 1/3 inferioară, complicată cu osteomielită fistulizată care se menţine în stare de cronicitate şi în prezent.

Nu a uzat de alcool şi tutun. Inapoiat acasă — după front şi spital — s'a supraalimentat excesiv, ajungând la o greutate de 90 kgr., pentru o înălţime de 1,60 m.

La 1 Iunie 1945, în timp ce se pansa ambulatoriu la Spitalul Militar din Slatina, s'a îmbolnăvit în plină sănătate, prezentând fiori puternici, temperatură 40^0, cefalee, curbătură, greţuri şi vărsături.

La început, s'a bănuit un paludiism şi s'a administrat chinină, per os şi în injecţii. După 3 zile, de tratament infructuos, se părăseşte chinina şi se dă prontosil, bănuindu-se o stare infecţioasă.

Bolnavul simţindu-se tot mai rău este adus la Craiova.

Văzut aici, se constată un abdomen enorm meteorizat, greutate în membrul inferior stâng, cu degetele mult edemaţiate, fiind ieşite din aparatul gipsat (care se întindea până în 1/3 inferioară a coapsei), temperatură 39,6^0, splina palpabilă, stare generală rea.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Prin cele două ferestre ale aparatului gipsat, se putea vedea în 1/3 inferioară a gambei stângi două plăgi neregulate, fistulizate, cu un diametru de 8 cm., pentru cea internă, şi de 6 cm. pentru cea externă.

Se scoate aparatul gipsat şi se observă un placard roşietic, cu toate caracterele unui erizipel, în 1/3 superioară a gambei. Se pune o gutieră, fractura nefiind consolidată, iar piciorul balant, şi se trece la un tratament intensiv pentru erizipel.

In zilele următoare se epuizează toate mijloacele de tratament pentru această afecţiune aplicându-se, rând pe rând, raze ultraviolete, sulfamide în doze masive pe kilogram corp, badijonaj cu tinctură de iod, injecţii cu apă distilată intravenos, priessnitze cu oxicianură de mercur, abia obţinându-se retrocedarea placardului erizipelatos.

Totuşi, starea infecţioasă persistă. Temperatura rămâne la 39^0 cu tachicardie, splenomegalie dureroasă, insomnie şi agitaţie psihică tot mai accentuată.

La aceste împrejurări, examenele de laborator ne-au arătat o hemocultură negativă, după mai multe zile de şedere la termostat, numărătoarea globulelor albe 7400 pe mmc., iar cele roşii 3.700.000 pe mmc.

La 7 Iunie 1945, în a 7-a zi de boală, apare un acces febril, cu fiori puternici, 40^{0}C. temperatură, iar a doua zi iese la iveală un alt placard erizipelatos, la nivelul genunchelui stâng.

Bolnavul este internat în Spitalul Militar Craiova. Reexaminat la 9 Iunie 1945, se constată: temperatură 40^{0}C., pulsul 116 pe minut, bine bătut,

abdomenul mult meteorizat şi balonat, limba saburală, splina mărită, dureri abdominale difuze şi clapotaj intestinal la palpare, stare de agitaţie psihică şi, din când în când greţuri.

Un nou examen de laborator ne arată hemocultura tot negativă; globulele albe 13.000 pe mmc., cele roşii 2.900.000 pe mmc. ureea în serul sângelui 0,68 ctgr. la mie, examenul sumar de urină normal, reacţia B. Wassermann în sânge negativă. Din secreţia uneia se face un frotiu care arată rari coci.

Pe faţa postero-externă a coapsei stângi se descopere un alt placard de erizipel.

In faţa acestui tablou clinic, se pune diagnosticul de **erizipel migratoriu**, de o deosebită gravitate, şi se păşeşte la un tratament energic.

Se administrează 8 grame de prontosil pe zi, per os şi în injecţii, apă distilată intravenos, omnadin, oleu camforat şi calmante pentru sistemul nervos.

Cu tot efortul terapeutic făcut, starea generală şi psihică devine tot mai gravă. Dela stări maniacale — cu loquoree şi senzaţie de fericire, de vioiciune şi bine general — trece, după strigăte impresionante, la stări depresive, mai ales hipocondrie şi deliruri paranoice.

La 11 Iunie 1945, în a 12-a zi de boală, fiind îngrijorati de starea psihică tot mai agravată — ce părea datorită unei profunde stări de intoxicaţie a sistemului nervos — se suprimă sulfamidele. Am luat această măsură, deoarece bolnavul mai ingerase, cu puţin înainte acasă, 40 gr. de sulfamide pentru osteomielita gambei; ne temeam că iritaţia cerebrală să nu fie datorită excesului sulfamidat.

Deşi s'au suprimat sulfamidele, placardul de erisipel a cedat dela sine, iar temperatura a rămas la 38°C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La 13 Iunie — două zile dela suprimarea sulfamidelor — apare un alt acces febril, cu fiori şi temperatură de 40°C.

A doua zi, 14 Iunie, se face o radiografie a oaselor gambei, cu scopul de a se informa asupra procesului osteomielitic.

Radiografia arată un calus vicios, incomplect, consolidat al tibiei stângi, în 1/3 inferioară, cu o geodă centrală; peroneul cu lipsă de substanţă osoasă şi calus necalcifiat. In jurul focarului de fractură numeroase corpuri străine metalice-schije de glonţ „dum-dum".

Starea psihică devine tot mai rea, bolnavul prezentând fenomene de catatonie.

La 15 Iunie 1945, prezintă un nou acces febril, după care apare alt placard erizipelatos, pe faţa postero-externă a coapsei stângi.

Epuizând toate resursele terapeutice, recurgem la seroterapia antistreptococică.

După desensibilizare, injectăm 100 cmc. ser intravenos şi 200 cmc. intramuscular şi subcutanat, 2 zile consecutiv.

Temperatura scade la 38°C., dar starea generală rămâne gravă, iar psihicul devine tot mai confuz, predominând fenomenele de catatonie.

Meteorismul abdominal ajunge la paroxism, dând bolnavului accese dispneice sufocante, pentru care am fost nevoiţi a pune un tub de gaze rectal.

La 17 Iunie, ne hotărîm a face o nouă serie de analize. Alături de hemocultură, se face urocultura şi o puncţie suboccipitală.

Examenul lichidului cefalorachidian este normal. Hemocultura rămâne tot negativă, Urocultura arată, după 24 ore, foarte numeroşi coli bacili şi streptococi.

Se reia cu intensitate sulfamidoterapia — 8 grame zilnic se administrează bacteriofag anti coli — căruia, în prealabil i-am făcut dovada că lizează colibacilul cultivat din urina bolnavului nostru — se fac injecţii cu strepto-yatren şi urotropină per os precum şi în injecţii. Se instituie un regim alternativ alcalino-acid, anticolibacilar.

La 21 Iunie, apare boala serului cu prurit intens, artralgii şi agitaţie psihică extremă, fiind nevoiţi a recurge la cămaşa de forţă.

La 23 Iunie, fenomenele serice cedează, temperatura se menţine la 38°, bolnavul este mai liniştit, având doar deliruri religioase şi de persecuţie, şi ia uneori atitudini catatonice.

La 24 Iunie, se face o nouă hemocultură şi urocultură.

Hemocultura rămâne tot negativă. Urocultura arată rari colibacili şi streptococi.

Se continuă tratamentul. La 26 Iunie, temperatura scade sub 38°C, iar la 30 Iunie ajunge la normal, după 31 zile de evoluţie a boalei.

Am observat cu satisfacţie că, după instituirea tratamentului anticolibacilar, erizipelul a cedat şi nu a mai reapărut, iar bolnavul a intrat în convalescenţă.

La 2 Iulie, ne hotărîm să-i refacem aparatul gipsat. In acest scop, se face o nouă radiografie a oaselor gambei.

Aspectul radiografic este de necrezut. La un interval de 16 zile, dela ultima radiografie, geoda a dispărut, calusul s'a calcifiat perfect şi fractura s'a consolidat. Din cele două plăgi, n'a mai rămas decât o minusculă plagă, în a cărei secreţie, laboratorul a identificat colibacilul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La 3 Iulie 1945, se pune un nou gips, iar la 8 Iulie, bolnavul pleacă acasă vindecat, după 32 zile de boală.

Pentru studiul complet al cazului s'au făcut următoarele cercetări în laboratorul Spitalului de Boale Contagioase din Craiova.

Din ultimele culturi ale celor doi germeni, proveniţi din urocultura bolnavului, s'au făcut filtrate cari au fost utilizate separat şi încrucişat pentru determinarea propietăţilor de sensibilizare prin fenomenul lui Schwartzman pe epure.

Intr'o primă experienţă s'a făcut injecţia intradermică, preparatorie, cu colitoxină, urmată, la 24 ore, de injecţia declanşatoare pe cale venoasă.

Rezultatul a fost caracterizat printr'o reacţie congestivă puternică, la locul primei injecţii, după abdomenul epurelui, care ne-a tradus un fenomen Schwartzman net pozitiv.

Cu filtratul de streptococ, izolat din ultima urocultură a bolnavului, am întreprins aceeaş probă experimentală pe un alt epure.

Inocularea preparatorie, printr'o injecţie intradermică pe abdomenul epurelui, urmată de o injecţie declanşatoare intravenoasă, cu acelaş filtrat streptococic, după 24 ore, a dat acelaş rezultat de activare a locului primei inoculări, printr'o congestie cutanată netă.

Cu nerăbdare am trecut la a 3-a experienţă prin care am urmărit proba de sensibilizare încrucişată.

Injecţia intradermică s'a făcut cu filtrat colibacilar, iar cea intravenoasă cu filtrat streptococic — provenite din aceeaş sursă, — pe alt epure.

Rezultatul a fost, la fel, pozitiv.

In a 4-a experienţă am injectat intra-dermic filtratul streptococic, iar intravenos pe cel colibacilar, obţinându-se aceea reacţie pozitivă ca şi în cazurile precedente.

Discuţiunea faptelor clinice, precum şi interpretarea rezultatelor de laborator, ale acestui caz, prezintă câteva trăsături extrem de interesante din punct de vedere teoretic, dar mai ales practic.

Colibacilul a avut o acţiune predominentă în economia acestui bolnav. Acţiunea sa începe înainte de 1 Iunie 1945, când organismul a reacţionat printr'o simptomatologie atât de alarmantă pentru un simplu erizipel, odată cu întârzierea consolidărei fracturei şi vindecărei plăgei de război.

Este ştiut că, orice osteomielită care complică inevitabil o fractură deschisă, se vindecă destul de uşor şi repede, dacă nu survine vreo infecţie supraadăogată.

Sunt însă alte cazuri, de fracturi deschise, cari, deşi scapă de aceste infecţiuni, totuş, au tendinţa la cronicizare. In aceste situaţiuni ne gândim la sifilis şi tuberculoză, cari sunt boale alergisante.

Infecţia cronică a organismului, cu una din aceste boale, dă o reacţie particulară a terenului de a menţine şi croniciza diferite focare infecţioase timp îndelungat.

Este momentul să amintim, un fapt, interesant de notat, că, tuberculoza boala cea mai alergisantă, este şi cea mai frecventă cauză a cronicizărei osteomielitelor.

In cazul bolnavului nostru, atât sifilisul cât şi tuberculoza au fost excluse, încă dela început, aşa că era foarte logic să căutăm alt focar alergisant care întreţinea şi împiedica vindecarea osteomielitei.

Evoluţia faptelor clinice nu-ne-a lăsat să aşteptăm prea mult.

După 7 luni, dela producerea fracturei şi osteomielitei, s'a instalat brusc o altă stare morbidă. Erizipelul, deşi recalcitrant la cele mai energice tratamente specifice, nu putea explica gravitatea excepţională a stărei bolnavului. Acea stare patologică, caracterizată printr'o simptomatologie gastro-entero-renală cu fenomene generale ce alterau progresiv starea bolnavului trebuia să-şi aibă obârşia în altă parte.

Astfel ne-am gândit la colibacil.

Laboratorul ne-a confirmat bănuiala arătându-ne că era vorba de o dublă septicemie, colibacilară şi streptococică, caracterizată prin bacteriuriile celor doi germeni deodată.

Din corelaţia rezultatelor de laborator şi a faptelor clinice, am putut separa cele două tablouri morbide.

Primul tablou aparţinea colibacilului. Era reprezentat prin ac-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

cesele febrile, turburările digestive — amintim meteorismul extrem de accentuat — splenomegalie, oligurie, şi, uroculturile pozitive, în repetate rânduri, pentru colibacil.

Al doilea tablou clinic aparţinea streptococului. Era marcat prin intoxicaţia profundă a sistemului nervos, dispnee, agitaţii şi stări psihice confuzionale, anemia tot mai accentuată şi uroculturile repetate ce au arătat permanent prezenţa streptococului. Toate acestea nu puteau cădea în sarcina unui simplu erizipel şi nici colibacilului, fiind datorite isbucnirilor streptococice.

Care din aceşti doi germeni juca rolul preponderent şi ameninţa viaţa bolnavului?

Dat fiind că streptococul nu putea fi înfrânt prin nici un mijloc terapeutic şi, din contra, acţiunea lui era tot mai compromiţătoare prin isbucnirile de erizipel şi bacteuriuria ce persista, era neîndoelnic faptul că ne găseam în faţa unui caz de alergie a unui organism vechi infectat.

Totuşi nu putem dovedi care din cei doi germeni, dotat cu proprietăţi speciale, guvernează şi determină acţiunea morbidă.

Până la acea dată, noi nu avusesem decât eşecuri terapeutice, atât în ce privea întârzierea focarului de osteomielită cât şi în a doua ocazie pe care ne-a oferit-o organismul acestui bolnav care a reacţionat în mai multe rânduri prin sindromul erizipelatos urmat de isbucnirile septicemice solemne ale streptococului.

Vom merge mai departe, arătând că, faţă de isbucnirile streptococice ulterioare — din ce în ce mai violente — terapia specifică a fost împinsă la extrem — prin aplicarea unui tratament seroterapic şi chimioterapic specific masiv — fără ca, totuş, să fi putut obţine vreun rezultat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ori, în câte cazuri de septicemii streptococice sau erizipel, indiferent forma, nu am obţinut vindecarea cu mijloace terapeutice cu mult mai simple şi obişnuite?

Dece în cazul nostru, cu toată terapia intensivă, nu am putut pune bolnavul la adăpostul unei evoluţii atât de grave şi aproape fatale?

Ne-am dat seama că salvarea bolnavului depinde de găsirea unui alt focar infecţios, care conducea, din umbră, şirul întregilor stări patologice, şi care data din momentul cronicizării osteomielitei şi a isbucnirilor repetate erizipelatoase.

Alături de erizipel se putea observa o serie întreagă de simptome cari nu puteau fi atribuite streptococului şi se înglobau perfect în tabloul clinic colibacilar.

Prezenţa colibacilului în urocultură ne-a clarificat.

Colibacilul putea fi acela care guverna întreaga reacţiune a organismului sau care întârzia vindecarea osteomielitei.

Iată dece începusem să bănuim că în cazul bolnavului nostru ar exista un colibacil cu o acţiune alergisantă deosebit de importantă, care acţiona nebănuit, de atâta timp, din ascuns, asupra organismului, încadrând atâtea fenomene patologice.

Alături de colibacil s'a izolat, în mod repetat, în urocultură

ACTA MEDICA ROMANA
Nr. 1-2/947

PLANȘA

MANIFESTAȚIUNI GRAVE, LOCALE ȘI GENERALE, DETERMINATE DE STREPTOCOCI ȘI COLIBACILI „SCHWARTZMANN POZITIVI" IN ACȚIUNE ALTERNANTĂ SAU SIMULTANĂ

de

D-r EUGEN BUTTESCU și D-r MARCEL IONESCU

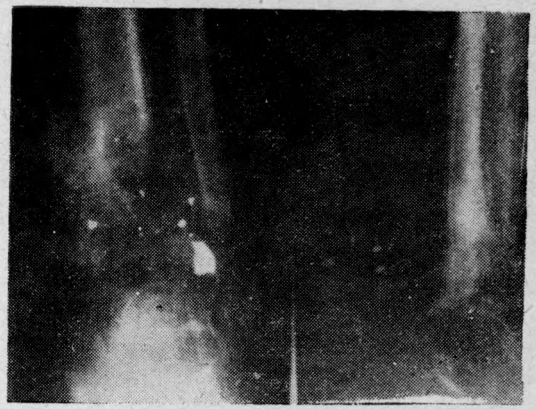


Fig. 2
După scoaterea gipsului lipsa de consolidare mai evidentă (14 Iunie 1945)

Fig. 1
Fractura neconsolidată cu aparat gipsat (12 Mai 1945)

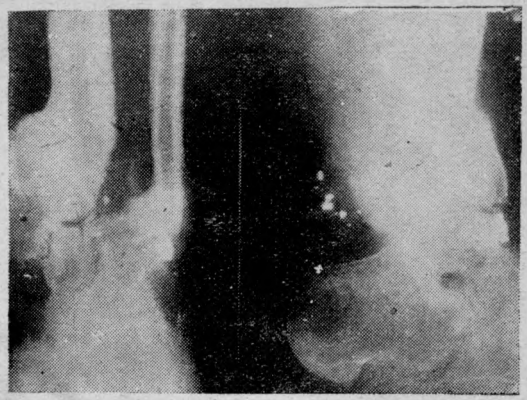


Fig. 3
După tratament, la 2 Iulie 1945 fractura bine consolidată

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOTECA UNIVERSITĂȚII DIN CLUJ

BCU Cluj / Central University Library Cluj

şi streptococul. Datorită gravităţii cazului ne-am fi aşteptat să-l găsim şi în hemocultură.

Intre aceşti doi germeni s'a aplicat pârghia terapeutică.

Tratamentul energic anticolibacilar a dus la stingerea evoluţiei isbucnirilor erizipelatoase şi la vindecarea osteomielitei cu constituirea calusului şi consolidarea fracturei.

Astfel am ajuns la fenomenul lui Schwartzman prin care ne-am explicat patogenia acestui caz.

Focarul osteomielitic a sensibilizat organismul prin toxinele germenilor săi împreună cu celelalte produse necunoscute ale activităţei lor (injecţia preparatoare din fenomenul lui Schwartzmann).

Focarul intestinal, constituit prin exacerbarea virulenţei colibacilare, a întreţinut şi cronicizat osteomielita determinând, în acelaş timp, acel tablou clinic atât de alarmant (injecţia declanşatoare din fenomenul lui Schwartzmann).

Fără intervenţia acestui focar, toate produsele microbiene dela nivelul fracturei şi osteomielitei s'ar fi distrus, iar fenomenele locale s'ar fi amendat treptat ducând la vindecarea plăgei, în timp util, aşa cum se petrec lucrurile în sensul unei evoluţii normale.

Intr'adevăr, prezenţa în intestinul bolnavului a unui colibacil foarte activ şi cu proprietăţi speciale (Schwartzmann pozitiv) a determinat soarta focarului osteomielitic. Toxinele colibacilului, rezorbite din intestin, au jucat rol declanşator.

S'a stabilit astfel un cerc vicios prin influenţa reciprocă a germenilor din cele două focare, aşa fel că, osteomielita a fost întreţinută mereu, iar colibacilul a câştigat proprietăţi tot mai sensibilizante.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fenomenul lui Schwartzmann este un fenomen local, în sensul că la acţiunea substanţelor cari circulă prin sânge, de obiceiu, răspunde numai locul pregătit mai dinainte. Uneori, nu se ştie pentruce anume şi în ce împrejurări, fenomenul local se generalizează până la reacţiunea tuturor mucoaselor şi organelor cari dau fenomene hèmoragice, iar animalul moare sau trece printr'o boală mai mult sau mai puţin gravă.

Trecând la bolnavul nostru, trebue să recunoaştem că, schimbarea regimului după front şi spitale cu supraalimentaţia de acasă, a dus la ruperea echilibrului patologic — mai dinainte stabilit — dintre germenii locali şi economia generală. Se poate ca turburările gastro-intestinale — provenite din supraalimentaţie — sau schimbarea microflorei plăgei să fi jucat un rol important în creşterea virulenţei colibacilului. Nu se poate şti precis ce anume s'a petrecut în acest organism, dar, este clar că, la I. VI. 1945, s'a desfăşurat erizipelul însoţit de fenomene generale datorite streptocosului. Leziunile intestinale, provocate de însuş factorul declanşator sau de gastro-enterită, au dat posibilitate colibacilului să pătrundă în torentul sanguin. Astfel, s'a instalat septicemia cu streptococ şi colibacil a căror prezenţă numai în urocultură arată că a fost vorba de o bacteriemie trecătoare.

In felul acesta s'a stabilit un echilibru patologic între mi-

BIBLIOTECA UNIV. CLUJ

crobi locali, streptococ şi colibacil, formându-se un alt cerc vicios, de data aceasta intermitent. De fiecare dată, când condiţiunile intestinale permiteau pătrunderea colibacilului în sânge, organismul răspundea local cu erizipel iar general cu o stare septicemică gravă.

* * *

Prin înlăturarea focarului sensibilizant colibacilar, cu o terapie adequată, erizipelul a retrocedat, starea generală s'a îmbunătăţit imediat, iar osteomielita s'a vindecat, după 7 luni de cronicizare.

Bazaţi pe concluziunile trase din prima observaţiune, am putut descifra foarte uşor şi alte cazuri asemănătoare dintre cari vom reda mai jos trei din cele mai caracteristice.

Observ. 2-a. — Bolnavul G. I., de 54 ani, învăţător, este internat în Sanatoriul Olteniei, la 1 N-brie 1945, cu diagnosticul de flegmon al gâtului.

S'a îmbolnăvit la 15 Aug. 1945, acuzând dureri mari în regiunea submaxilară, jenă accentuată în deglutiţie şi masticaţie, tumefacţia şi împăstarea regiunei submaxilare. Temperatura oscilează între 37 şi 38° câteva zile, pentru ca apoi să se menţină ridicată peste 38°C.

Bolnavul este tratat cu priessnitze şi sulfamide, fără niciun rezultat, fapt care-l face să se interneze în sanatoriu pentru intervenţia chirurgicală.

La 5 Sept. se intervine cu două incizii mari, latero-cervicale, drenându-se larg flegmonul.

Se institue, alăturat, sulfamidoterapia. Bolnavul merge bine.

Fenomenele locale şi generale scad treptat, astfel că, în câteva zile, temperatura ajunge la normal şi se menţine astfel timp de două săptămâni. Plăgile postoperatorii se reduc la simple plăgi lineare, de circa 3 cm., pe cale de vindecare. Local, regiunea nu mai este infiltrată şi dureroasă. Deşi slăbit de boală, pare liniştit şi înviorat.

La 25 Sept., apar fiori puternici, greaţă, curbătură, stare generală proastă. Examinat cu atenţie, nu se constată nimic deosebit la nivelul plăgilor operatorii, regiunea fiind neinfiltrată şi nedureroasă. Se constată şi un specialist oto-rino-laringolog, care constată că în gât şi gură nu se observă nimic deosebit.

Un examen al urinei arată absenţa albuminei şi un sediment normal, în schimb glucoza este găsită în cantitate mare. Glicemia arată 2,18 gr. la mie.

Se reiau sulfamidele albe şi se fac injecţii cu insulină.

La 27 Sept., se relevă un placard erizipelatos tipic la nivelul plăgilor. Se administrează sulfamide roşii şi se fac raze ultraviolete local.

In zilele următoare, placardul cedează, astfel că la 29 Sept. dispare.

Starea generală nu este influenţată cu nimic. Bolnavul continuă a fi mereu febril, temperatura oscilând între 39 şi 40°.

La 1 Oct. apare un alt placard erizipelatos, la acelaşi nivel.

Bolnavul merge tot mai rău, devine inapetent, prostrat, răspunde greu la întrebări.

In astfel de împrejurări vedem pentru prima dată bolnavul, la 5 Oct. 1945.

Il găsim debilitat mult cu ţesutul conjonctivo-gras redus enorm, faţă de starea sa înainte de îmbolnăvire, când avea o greutate de aproape 100 kgr. faţă de o statură mijlocie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Febril, 38,6°, stare de prostrație, lipsit de orice interes față de cei dimprejur, puls filiform, abia răspunde la întrebări.

Splina percutabilă și palpabilă, abdomenul meteorizat și sensibil la palpare cu garguimante. Prezintă grețuri. Restul examenului fără importanță. Din informațiile culese, starea bolnavului s'a agravat treptat treptat, după apariția erizipelului, fără ca local să fi existat vreo complicație îngrijorătoare. Chirurgii nu-și puteau da seama cum s'a produs acea schimbare în evoluția boalei și nici nu-și puteau explica cum s'a agravat starea generală a bolnavului, deoarece intervenția chirurgicală decursese în condițiuni normale și cu o stare de sănătate satisfăcătoare, cel puțin în aparență. Local, dispăruse infiltrația și fenomenele inflamatorii, după deschiderea colecției purulente. Nimic nu putea justifica acea schimbare bruscă.

Se cere, imediat, să se facă o hemocultură, o urocultură și o hemogramă.

Din nenorocire, bolnavul moare la 8 Oct. 1945, la 2 zile după ce-l văzusem, fără a mai putea să-i venim în ajutor.

Insămânțările urinei, făcute direct pe mediile „Endo" și Drigalscky — fără să mai fie trecute prin bulion — arată numeroase coloniii de colibacili.

Deslegarea acestui caz s'a făcut prea târziu, ne mai putând să-i fim de folos bolnavului.

Din descrierea observațiunei de mai sus se întrevede și aici o stare de sinergie între colibacil și streptococ. Ambii germeni s'au găsit un timp în stare de latență care, clinic a fost tradusă prin apirexie — timp de două săptămâni și cu un prognostic bun — după care a urmat starea de antagonism a germenilor din cele două focare, constituite între timp și tradusă clinic prin fenomenele de hipersensibilizare tisulară și generală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceasta stare s'a declanșat ca un șoc anafilactic ce a interesat întreaga economie — inclusiv centrii vitali — întunecând cu totul prognosticul mai înainte de a putea institui un tratament asupra focarului declanșator pentru a-l scoate din acțiunea-i antagonistă, alergisantă.

Observ. 3-a. — Bolnava A. P., de 19 ani, studentă, suferă de accese febrile repetate cu 40°C. temperatură, vărsături, grețuri, adinamie, balonare abdominală, dureri și tumefacția mâinei drepte cu panarițiu al indexului respectiv.

Fără a semnala ceva în antecedente, boala actuală a început cu o înțepătură la indexul drept, la 15 Oct. 1945, unde s'a format un panarițiu, care a fost deschis la 23 Oct. de un chirurg, la Craiova.

Imediat după intervenția chirurgicală, durerea dispare, tumefacția cedează, iar bolnava devine complect apiretică. Continuă pansamentele locale unde nu mai exista decât o plagă neînsemnată.

In a 5-a zi de bine general, subit, acuză fiori puternici, temperatură 41°C, grețuri și vărsături, adinamie, stare generală proastă. Se controlează de chirurg plaga fără să se poată găsi ceva anormal.

Accesele febrile se repetă zilnic, iar în a 3-a zi de febră, avem ocazia să vedem bolnava.

Ne găsim în faţa unei fete tinere de 19 ani, palidă, pomeţii roşii, cu 40° temperatură, buzele şi limba uscată, oligurică, abdomenul meteorizat, greţuri şi vărsături. Pulsul 116 pe minut slab bătut; tensiunea Mx. 10; Mn. 6. Abdomenul sensibil la palpare profundă. Splina percutabilă şi palpabilă. Agitaţie psihică cu uşoare halucinaţii. Examinată la mâna bolnavă, se constată o plagă supurată, post-operatorie, cu edem al mâinei drepte. Dela mână pornesc treneuri de limfagită pe antebraţul drept urcându-se spre axilă unde ganglionii axilari erau prinşi.

Pe faţa anterioară a gambelor se descopăr două placarde erizipelatoase. Bolnava acuză dureri în ambele gambe cari i se păreau grele.

Starea de adinamie o reţinea la pat.

Faţă de cele prezentate de bolnavă se practică imediat o hemocultură şi o urocultură. Numărătoarea globulelor albe 15.000. Examenul sumar de urină arată absenţa albuminei, glucozei şi un sediment normal. După 24 ore, rezultatul hemoculturei ni se dă pozitiv pentru colibacil şi streptococ.

Astfel se întemeiază diagnosticul de septicemie colibacilară, erizipel cu isbucniri septicemice streptococice şi panariţiu index drept cu limfangită şi adenită axilară dreaptă.

Fără a mai sta pe gânduri, aplicăm energic un tratament antistreptocolibacilar. Se fac injecţii cu strepto-patren, se dă prontosil, urotropină şi bacteriofag anticoli per os şi în injecţii. Se institue un regim alternativ alcalino-acid, iar local se lărgeşte plaga, pentru panariţiu. Se fac badijonaje cu tinctură de iod pentru erizipel, iar pentru starea generală camfor şi omnadin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din prima zi, temepratura începe să scadă, pentru ca în zilele următoare să se menţină între 37—37,5°, din cauza unei colecţii ce s'a format pe traectul limfaticilor în 1/3 medie a braţului drept. Odată colecţia vidată totul intră în normal.

Observ. 4-a. — I. P., de 34 ani, ofiţer, în plină sănătate are un acces febril cu 40,5 temperatură, cefalee, curbătură şi balonare abdominală.

Consultat de un medic din oraş se etichetează drept o gripă. Se recomandă şi o radiografie a bazinului, deoarece bolnavul acuza dureri în şoldul drept. Radiografia nu arată nimic deosebit afară de spina bifidă superioară a şancrului.

Se institue un tratament cu sulfamide, dezinfecţia cavităţilor şi frictiuni antireumatice.

A doua zi, 23 N-brie 1945, un nou acces febril — tot aşa de dramatic — face pe bolnav să ne consulte.

Găsim bolnavul abătut, cu cefalee intensă, curbatură, gura şi buzele uscate.

In antecedenţe aflăm că a suferit de blenoragie complicată cu strieturi pe uretră şi prostatită. In război a fost rănit în şoldul stâng cu perforaţia scotului.

La examenul clinic găsim limba saburală, buzele şi gura uscată. Splina uşor percutabilă. Punct pielo-renal drept net dureros, în regiunea lombară dreaptă. Micţiunile mai frecvente ca de obicei. In urină foarte frecvente leucocite. Examenul prostatei ne arată că aceasta este uşor îndurată şi sensibilă net la tuşeul rectal.

Faţă de această simptomatologie se pune diagnosticul de pielo nefrită

dreaptă şi se institue un tratament adecvat. Se dă urotropină cu albastru de metilen, sulfamide roşii şi priessnitz lombar. Ceaiuri diuretice.

Se face şi o urocultură pentru colibacil. După 24 ore se desvoltă numeroşi colibacili. Se institue un tratament anticolibacilar. La 25 N-brie, temperatura scade la 37,5°, iar bolnavul se simte foarte bine.

La 27 N-brie suntem chemaţi de urgenţă acasă la bolnav, deoarece face un acces febril de 40° cu stare generală rea.

Descoperim un placard de erizipel în 1/3 medie a braţului drept. Se recomandă badijonaj cu tinctură de iod şi continuarea intensă a tratamentului anticolibacilar.

Temperatura scade la normal în următoarele două zile, iar bolnavul părăseşte patul după 8 zile de boală.

Din studiul clinic şi de laborator al cazurilor, ce le-am prezentat, putem trage următoarele concluzii:

I. Convieţuirea, în simbioză şi în latenţă, a focarului colibacilar cronic cu streptococul — care este un germene răspândit şi pe care îl găsim, încă dela naştere, în tot organismul — este un fapt mai frecvent decât ne putem închipui.

Sinergia acestor microorganisme nu se manifestă atâta timp cât nu urmează un dezechilibru de virulenţă, de concurenţă, care să rupă starea simbiotică a celor doi germeni.

II. Unul din cei doi germeni se constitue în focar virulent declanşând o stare de hipersensibilitate deosebită faţă de celălalt germene, care, în cazurile noastre, a plecat din leziunile prezentate de bolnavi.

Starea de alergie astfel declanşată, pune în activitate cele două focare de infecţiune, cari se manifestă prin reacţii de hipersensibilizare tisulară locală, pentru fiecare focar în parte, dar mai ales generală, explicând fenomenele morbide neobişnuit de accentuate pentru o simplă colibaciloză sau un erizipel luat izolat.

III. In acest cadru alergic local şi general se explică fugacitatea izbucnirilor erizipelatoase, precum şi fenomenele digestive reprezentate prin meteorismul accentuat, durerile abdominale, greţuri şi vărsături etc., alături de puternicile reacţii din partea sistemului nervos central, cari traduc reacţia puternică de hipersensibilizare la care a ajuns organismul invadat şi care a ospitalizat un timp îndelungat cei doi germeni în focare infecţioase latente.

In acelaş cadru fiziopatologic, continuăm studiul cercetărilor noastre atât în asociaţiunile altor germeni, patogeni şi saprofiţi, cât şi în septicemiile duble.

CC BY-NC-ND Universitatea Babeş-Bolyai, Cluj-Napoca

Lucrare făcută în Sanatoriul L. N. C. T. Moroeni
Director: D-r S. Rusu

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA PATOGENIEI CAVERNELOR DESTINSE. TRATAMENTUL LOR CU ATROPINA

de

D-r O. IVANCENCO şi **D-r R. NIMEREANU**

Cavernele care persistă sub pneumotoraxul total, iniţial sau obţinut prin secţiune de aderenţe, pot fi împărţite în trei categorii:

1. — **Caverne rigide,** terţiare, cu o capsulă fibro-conjunctivă densă.

2. — **Caverne atone,** săpate într'un infiltrat pneumonic, al căror volum corespunde pierderei reale de substanţă. Aşezate superficial, se pot baloniza prin traumatism respiratoriu, accentuat mai ales la tuse.

3. — **Caverne elastice,** destinse prin tensiunea crescută în ţesutul pericavitar; dacă acestei tensiuni crescute i se adaugă şi un mecanism de supapă bronşică, caverna se balonizează, se suflă.

1. — **Cavernele rigide** sunt caracterizate radiologic prin tr'un inel de umbră de intensitate supracostală, cu tractusuri fibroase sau formaţiuni fibro-nodulare în jurul lui, cu contur intern neprecis, lumenul fiind uneori întretăiat de umbrele liniare ale septurilor, alteori prezintă un nivel de lichid persistent; nu se deformează la tuse. Clinic sunt însoţite de expectoraţie caracteristică cavitară şi deobiceiu de mici semne de activitate.

2. — **Cavernele atone** săpate într'un bloc de opacifiere omogenă sau înconjurate de o zonă largă de opacifiere au formă circulară sau ovoidă, cu contur intern neprecis, uneori sdrenţuit; nu se deformează nici ele la tuse. Clinic sunt întovărăşite de vădite semne de activitate.

3. — **Caverne elastice,** destinse, cu un inel de umbră de intensitate costală sau supracostală, cu contur intern precis circular, sau parcă decupate cu compasul într'un bloc de opacifiere intensă, omogenă. La tuse se deformează, turtindu-se uşor, sau micşorându-se concentric. Uneori îşi măresc diametrul — această creştere a lor este însoţită deobiceiu de accentuarea inelului de umbră pericavitar, deseori de apariţia unui nivel de lichid şi de mici semne de activitate clinică. Cantitatea sputei creşte, bolnavul devine termo-labil sau subfebril.

Când acestor caverne, deobiceiu celor superficial aşezate, li se adaugă un mecanism de supapă a bronşiei de drenaj, ele se balonizează, proeminând în cavitatea pneumotoraxului; peretele dinspre cavitate se subţiază, devenind uneori liniar. La tuse se deformează, mărindu-şi obişnuit volumul. Prezintă modificări

apreciabile de volum, neînsoţite de semne de activitate clinică.

Dacă asupra cavernelor rigide şi atone, însuşi mecanismul intim al acţiunii pneumotoraxului se dovedeşte a fi inoperant, persistenţa cavernelor elastice se datoreşte unor factori de distonie şi disergie locală.

Pentru **Coryllos** persistenţa cavernei este legată în primul rând de supapa bronşică realizată fie prin astupare parţială a lumenului bronşial, prin procese patologice intra-bronşice, fie prin strâmtare de către procese peri-bronşice; cudarea bronşiei sau strâmtarea ei prin retracţia reflexă a ţesutului peribronşic **(Dumarest)**.

Monaldi incriminează traumatismul prin presiunea pozitivă expiratorie, accentuată mai ales la tuse.

Cardis şi **Chadourne** insistă asupra contracţiei musculaturei netede interstiţiale şi peribronşiolice a parenchimului din jurul cavernei, care produce o atelectazie pericavitară. In producerea acestei atelectazii de distensie ar interveni şi resorbţia infiltratului din jurul ei (Resorbtionsatelektase. — **H. Alexander)**, fenomene inflamatorii pericavitare **(Bernou)**, precum şi tensiunea superficială crescută în alveolele semi-inundate din jur **(v. Neergaards)**.

In sprijinul existenţei acestei atelectazii de distensie, vin o serie de cercetări experimentale. Astfel **Reinhard**, excitând in vivo printr'o breşă toracică plămânul unui iepure de casă, obţine o imobilizare şi retracţie a zonei excitate. La examenul microscopic al secţiunilor zonei respective găseşte o atelectazie a teritoriului uneia sau mai multor bronşiole terminale, produsă de o contractură a musculaturei peribronşiolice, perilobulare şi periacinoase.

Pfaff infectează iepuri de casă printr'o injecţie intramusculară de BK uman şi reinfectează intra-venos la interval de 21—27 zile; examinând apoi in vivo multiplele focare de reinfecţie depe suprafaţa plămânului, le găseşte înconjurate de o zonă uniformă, mată, alburie sau rozată, care microscopic corespunde unei întinse atelectazii perifocale.

Din cercetări experimentale **(Dale, Lewis, Danielopolu)** rezultă că orice excitaţie, mecanică, fizică sau biologică (inflamaţie) a ţesutului conjunctiv, dă naştere la o supraproducţie de histamină, excitant fiziologic al vagului (Danielopolu). Excitaţia prin histamină a terminaţiilor sensitive a vagului dintr'o zonă pulmonară, produce eliberare de acetylcholină la nivelul organului terminal din musculatura netedă a zonei respective, care provoacă la rândul ei contracţia acesteia **(Danielopolu)**.

Pentru a întrerupe acest cerc vicios de myoconstricţie din zona pericavitară, a fost încercată iritaţia pleurală: provocată cu săruri de aur **(Kindberg)**, oleu gomenolat **(Guinard)**, soluţii saline **(Triboulet)**, faradizarea bontului pulmonar pe cale endotoracică **(Braillon)**, injecţii intravenoase de novocaină şi acid paraamino-benzoic **(Benda)** şi injecţii intravenoase de atropină **(Bariéty)**.

Noi am încercat această din urmă metodă — rezultatele le expunem mai jos.

Observ. 1-a. — L. M., 28 ani. Se internează în 29 Ian. 1946, cu infiltrat subclavicular excavat drept. In 26 Febr. 1946, i se institue pneumotorax drept complectat cu Jacobaeus în 9 Martie 1946. Colaps total, lobul superior retractat, umbrit omogen intens, cu două cavităţi având contur intern precis. Tuse spastică, expectoraţie 10—16 spute pe zi. Aspect radiologic nemodificat, până în 16 August 1946, când începe injecţii intravenoase cu atropină 0,50 mgr. zilnic. După prima serie de 6 injecţii, cavităţile îşi pierd conturul, tusea se reduce, expectoraţia scade. După o pauză de 6 zile, a doua serie de 6 injecţii à 1 mgr. Cavităţile nu se mai observă radioscopic, bontul se reexpansionează puţin, devine mai clar, în pungă apare un nivel de lichid. După 3 luni de observaţie, situaţia se menţine neschimbată.

Observ. 2-a. — C. M., 30 ani. Se internează în 11 Febr. 1946. Lobită superioară dreaptă poliexcavată, infiltrat subclavicular stâng. In 19 Febr. 1946, se institue pneumotorax drept complectat cu Jacobaeus în 28 Martie 1946. Colaps total. Lobul superior atelectaziat, de intensitate supracostală, în el — parcă decupate — 3 imagini cavitare. Tuse spastică, chintoasă, 18—22 spute pe zi. In 18 Iulie 1946, se institue pneumotorax stâng. Imagine radiologică a plămânului drept neschimbată, tuse chinuitoare, expectoraţie abundentă. In 23 Iulie 1946, începe injecţii intravenoase cu atropină: 1-a zi 0,25 mgr., în a 2-a 0,50 mgr., apoi câte 1 mgr. timp de şase zile. Tusea se linişteşte, 6—10 spute pe zi, în pungă apare un nivel de lichid. După 6 zile, a doua serie de atropină cu aceiaşi progresiune. Conturile cavităţilor se şterg, bontul se reexpansionează uşor. După o pauză de 6 zile, a treia serie de injecţii cu atropină, după care nu se mai observă în bont imagini cavitare. Bolnavul tuşeşte foarte rar, expectorează 4—6 spute pe zi. In 10 Oct. 1946, părăseşte sanatoriul.

Observ. 3-a. — C. I., 39 ani. Se internează în 2 Mai 1946. Tuberculoză fibro-cazeoasă cavitară dreaptă. Radiologic 2 caverne elastice în lobul superior drept. In 7 Mai 1946, se institue pneumotorax terapeutic drept, complectat cu Jacobaeus în 26 Iunie 1946. Colaps total. Bontul se retractă, cavernele se micşorează uşor, inelul de umbră din jurul lor se accentuiază, conturul lor intern este regulat. Tuse spastică, expectoraţie mucopurulentă 12—16 spute pe zi. Cavernele rămân nemodificate până în 27 Iulie, când se încep injecţii intravenoase de atropină 0,25 mgr. pe zi. După o serie de 10 injecţii zilnice, bontul se retractă, este umbrit omogen, nu se mai observă imagini cavitare la bont. Tusea dispare aproape complect, expectoraţia se reduce la 5—6 spute pe zi. După o pauză de 7 zile, în timpul căreia apare un nivel de lichid în pungă, se mai face o serie de 10 injecţii de câte 0,50 mgr. pe zi. Tusea dispare, 2—3 spute mucoase pe zi. După încetarea tratamentului, bontul se reexpansionează şi se clarifică uşor, cavernele nu se mai observă. In această stare, bolnavul părăseşte sanatoriul în 10 Sept. 1946.

Observ. 4-a. — D. V., 21. ani. Se internează în 14 Iunie 1946. Tuberculoză fibro-cazeoasă cavitară stângă. Radiiologic o cavernă elastică în partea postero-superioară a lobului inferior. In 26 Iunie 1946, se institue pneumotorax terapeutic stâng. Colaps electiv al lobului inferior stâng, caverna se micşorează uşor, este înconjurată de un inel atelectatic,

are un contur intern regulat. Până în 8 Iulie 1946, aceiaşii imagine radiologică. Bolnavul prezintă tuse nocturnă, expectorează 15—20 spute pe zi. Se încep injecţiile intravenoase de atropină 0,50 mgr. pe zi. După o serie de 7 injecţii, bontul se retractă uşor, este umbrit omogen, nu se mai vede imagine cavitară; în pungă apare un nivel de lichid. Tusea se răreşte, expectoraţia scade la 6—7 spute. După o pauză de 7 zile se face o a doua serie de 7 injecţii à 0,50 mgr. Bontul este retractat, umbrit omogen, nu se obbservă imagini cavitare. Tusea dispare, expectoraţia se reduce la 2—3 spute mucoase pe zi. Bolnavul părăseşte sanatoriul în 15 August 1946.

Observ. 5-a. — I. P., 42 ani. Se internează în 22 Iulie 1946. Tuberculoză fibro-cazeoasă cavitară dreaptă, însemânţare parahilară stângă. Radiologic subclavicular extern drept, o cavernă rigidă, supra-scizural extern, alta foarte puţin elastică. In 25 Iunie 1946, se institue pneumotorax terapeutic drept, colaps total, lobul superior uşor retractat; cavernele persistă nemodificate de volum, înconjurate de un inel de umbră intensă, nu-şi modifică forma de tuse. Tuse emetizantă, expectoraţie muco-purulentă 20—25 spute pe zi. In 12 August 1946, se încep injecţiile cu atropină. După a 1-a serie de 7 injecţii à 0,25 mgr., bontul se retractă uşor, inelul de umbră pericavitar se reduce, cavernele însă rămân nemodificate de volum. Tusea se reduce mult la intensitate şi frecvenţă, expctoraţia scade la 10—12 spute pe zi. In pungă apare un nivel de lichid. După o pauză de 5 zile, se face o nouă serie de 7 injecţii à 0,50 mgr. pe zi. Bolnavul începe să febriciteze, apar infiltraţii perifocale în jurul însemânţărilor perihilare stângi. Cavernele rămân nemodificate. Se părăseşte tratamentul ca ineficace.

Observ. 6. — A. D., 20 ani. Se internează în 13 Sept. 1946, cu pneumotorax total stâng, instituit în Iulie 1946. In bont o cavitate mare înconjurată de o zonă opacă, neomogenă spre parenchim. Conturul intern al cavităţei este neregulat, festonat. Bolnavul febril, tuse spastică, expectoraţii abundente. După 4 zile temperatura scade şi se începe tratamentul cu atropină, în cursul căruia bolnavul are mici hemoptizii, devine febril, obligându-ne să întrerupem tratamentul.

Din cazurile expuse mai sus, am căutat să tragem concluzii asupra indicaţiilor, modului de acţiune şi rezultatelor clinice a metodei.

Intrebuinţând atropina în injecţii intravenoase dela 0,25 la 1 mgr. pe zi în serii de 6—10 injecţii, cu pauze de 5—7 zile între serii am obţinut dispariţia radiologică a cavernelor destinse, fie de un bloc atelectatic (Cazurile 1 şi 2), fie înconjurate de un inel atelectatic de distensie (cazurile 3 şi 4).

Mici turburări imediate de simpaticotonie, observate după injecţiile cu atropină, îndreptăţesc un dozaj individual al acesteia.

Atropina s'a dovedit a fi ineficace asupra cavernelor rigide (cazul 5) şi asupra cavernei atone (cazul 6). Faptul că în aceste cazuri injecţiile cu atropină au fost urmate de reprize evolutive, este un îndemn la prudenţă în faţa leziunilor homo- sau controlaterale în curs de evoluţie.

Am observat în toate cazurile tratate cu atropină, apariţia în punga de pneumotorax a unui lichid sero-citrin, neînsoţită de nici un fenomen local sau general şi care pare a fi în legătură directă cu tratamentul.

© Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

După **Danielopolu,** dozele mari de atropină în injecţii intravenoase (0,25—1,25 mgr). au acţiune parasimpatico-frenatoare, celulele organului terminal din musculatura netedă a plămânului devenind refractare la acţiunea acetylcholinei eliberate de cilindraxul terminaţiilor vagale motorii.

Intrebuinţând atropina în cazul cavernelor destinse de atelectazie, produsă în mare măsură de o contracţie spastică a musculaturei peribronşiolice, perilobulare şi periacinoase a teritoriului respectiv, cercul vicios: histamină-excitaţia vagului-eliberarea de acetylcholină-myoconstricţie fiind întrerupt, lobul se retractă uniform sub acţiunea tensiunei sale elastice — dispărând atelectazia de distensie, cavernele nu se mai observă radiologie. Reexpansiunea uşoară a lobului, care urmează, pare a indica restabilirea echilibrului normal de tensiune între sistemul elastic şi cel muscular al plămânului sub pneumotorax, acesta recâştigându-şi capacitatea respiratorie.

Rezultatele obţinute nu pot fi interpretate decât ca o restabilire a unui echilibru neuro-vegetativ local normal. Anihilându-se factorii de distensie vicioasă a cavernei, aceasta dispare radiologic. Vindecarea ei clinică şi anatomo-patologică rămâne în funcţie de evoluţia ulterioară locală şi generală a tuberculozei.

Lucrare făcută în Sanatoriul „Moroeni"
Director: D-r Sextil Rusu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

OSTEO-ARTROPATIILE HIPERTROFICE IN PNEUMOTORAXUL EXTRAPLEURAL

de

D-r IOAN NIŢESCU şi **Intern D-r EUGEN STANESCU**

Pneumotoraxul extrapleural reprezintă o metodă relativ recentă în tratamentul chirurgical al tuberculozei pulmonare.

Extensiunea rapidă pe care l-a luat a furnizat un număr suficient de cazuri pe care să poată fi studiat în toate modalităţile şi cu toate complicaţiile, imediate sau tardive. Totuşi lucruri fundamentale, ca indicaţiile metodei, sunt încă departe de a fi unanim acceptate (se publică mereu cazuri contra indicate formal, dar cu rezultate postoperatorii strălucite). Nici studiul comportării organismului şi al complicaţiilor postoperatorii nu este complect.

Acest articol are de scop să prezinte în linii generale un subiect neabordat până azi, privind procesele de hiperostoză ce complică această metodă de colaps chirurgical, — procese deja frecvente în tuberculoza pulmonară.

Artropatia hypertroficans toxica — Schinz (sinonime: osteoarthropathie hypertophiante pneumique Marie — perioştitis proliferans toxica sau hyperplastica şi osteoperiostitis ossificans — Sternberg) este o maladie ce se manifestă sub forma unei periostoze cu tendinţă la generalizare. Modificările sistemului osos constau în straturi periostale simetrice, despărţite de compacta osului printr'un spaţiu de demarcare periostal foarte îngust (uneori la copii sau în cazuri în care cauzele au durat prea mult, se sudează la compactă). La examenul Roentgen aceste straturi periostice apar ca benzi de opacităţi înguste, ce însoţesc compacta şi de care sunt despărţite printr'un halo mai clar. La compacta veche şi în spongioasă nu se remarcă nimic anormal.

In ceeace priveşte localizarea la schelet, sunt afectate în primul rând marile oase tubulare şi anume diafizele, sub forma unui strat îngust osteofitic, care se trece uşor cu vederea la examenul Roentgen.

Modificările apar apoi la oasele simetric corespunzătoare. Imediat după oasele lungi vin metacarpienele şi metatarsienele. Aici stratul periostal se recunoaşte foarte uşor radiologic: baza şi capul acestor oase rămân libere. La falange se poate vedea eventual stratul ostificat la falangină, dar excepţional la falangetă.

Articulaţia rămâne liberă. Modificările trofice ating şi părţile moi care se îngroaşe împrejurul falangei ungheale, însă falanga ungheală nu e atinsă. Prea rar se poate găsi o atrofie osoasă concentrică apofizelor falangei terminale, cauzată de presiunea părţilor moi.

Aspectul definitiv al osificării nou formate depinde de remanierea apoziţiilor osoase, prin modificarea sau suspendarea cauzelor provocatoare. La exacerbări ale maladiei fundamentale se produc noui straturi succesive, ce urmează evoluţia în pusee a maladiei generatoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In privinţa etiologiei, produsele de descompunere, prin iritări chimic — toxice şi prin modificări trofice constituesc cauza formării apoziţiilor osoase periostale.

După Bamberger şi staza venoasă joacă un rol pe care Högler îl neagă, — deşi degetele de toboşar se găsesc sigur şi în vitium cordis.

Maladiile provocatoare care constituesc cauzele primare certe ale osteoartropatiilor hipertrofice sunt în primul rând afecţiunile pulmonare cronice, cu procese supurative; bronşectaziile, abcesele pulmonare şi tuberculoza pulmonară, numai atunci când procesul destructiv este important şi asociat cu un proces supurativ.

Scăderea câmpului de hematoză s'ar putea să intre în joc.

Recklinghausen a observat asocierea acestei maladii cu acromegalia: faptul este rarissim, totuşi Firgau pretinde că numai un om cu un substrat acromegalic poate reacţiona cu astfel de modificări ale sistemului osos, la iritaţii chimic-toxice.

Chirurgia pulmonară, prin complicaţiile sale realizează cel mai bine şi cel mai frecvent complexul cauzal al osteoartropatiei hipertrofice toxice. Toracoplastiile pot fi mult mai puţin puse în cauză. Pneumotoraxul

extrapleural însă reduce câmpul respirator şi produce o rezorbţie masivă de toxine din focare, prin colapsul realizat brusc. Faptul nu prezintă importanţă decât când se complică cu un chiag ce întreţine un exudat abacterian de lungă durată, până la topirea chiagului, sau cu un empiem în pungă.

Rezorbţiile toxice sunt considerabile şi de lungă durată, pe tot timpul cât durează procesul supurativ, sau cel puţin până când punga de pneumoliză îşi organizează un perete care nu mai este complect permeabil. Apariţia acestor procese de hiperostoză sau mai ales accentuarea lor după un pneumotorax extrapleural complicat printr'o supuraţie în pungă nu am găsit-o amintită în niciun studiu sau articol privind chirurgia pulmonară.

Observarea atentă a bolnavilor ce intră în procentul de neevitat al complicaţiilor supurative este concludentă, însă. Atenţia ne-a fost atrasă de nevralgii intercostale persistente, pe care desigur nu le-am atribuit proceselor de hiperostoză. Am văzut însă umbra costală întărită întâi predominent în partea procesului supurativ, apoi simetric egală la aceiaşi coastă, apoi extinzându-se la mai multe coaste. Am verificat constatarea dela scopie pe grafii, având grijă ca imobilitatea toracelui să fie absolută, spre a nu avea clişee în dublă impresie. Intensitatea crescută a opacităţii şi prezenţă stratului osteofitic se remarca net.

Am verificat şi depunerea unor straturi osteofitice la metacarpiene. Evoluţia acestor apariţii era strâns legată de mersul procesului supurativ în punga de pneumoliză. La un interval de timp variind între două până la şase luni după suspendarea procesului supurativ, se observa o retrocedare foarte marcată a acestor hiperostoze.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Degetele în băţ de tobă sunt o manifestare comună şi evidentă dar neesenţială, aşa că nu am avut în vedere decât examenul radiologic al depozitelor osoase.

Cazuistica va forma obiectul unei prezentări amănunţite a observaţiilor.

BIBLIOGRAFIE

H. R. Schinz, W. Baensch & E. Friedl. Lehrbuch der Röntgendiagnostic. — Alban Köhler. Grenzen des Normalen und Anfänge des Pathologischen im Röntgenbild. — Bamberger E. Über Knochenveränderungen bei chronischen Lungen — und Herzkrankheiten. Z. Klin. Med. 1891 18 S. 193.—Firgau L. Zur Kenntnis der Osteoarthropathia hypertrophiante pneumique Fortscher. Röntgenstr. 1922 | 23 30 S. 507. — Holthusen. Ueber einige Besonderheiten der Osteoarthropathie (Periostitis Hiperplastica) bei Heranwachsenden. Beitr. path. Anat. 1927-77 S. 318. — Sternberg M. Toxigene Osteoperiostitis ossificans in nothnagel. Hb. d. spez. Path. u. Ther- 7, 2 S. 72.

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

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA ICTERULUI LA SIFILITICI

de

D-r M. MUNTEANU şi D-r N. FRANDIN

(Partea I)

Un sifilitic în cursul existenţei sale poate să facă icter.

Chestiunea prezintă importanţă nu numai în ce priveşte etio-patogenia icterului, care constituie o reală dificultate de diagnostic, dar şi în ceeace priveşte atitudinea terapeutică care trebue de luat în asemenea împrejurări. Aceasta datorită faptului, că în majoritatea cazurilor avem de-aface cu o deficenţă hepatică, manifestată clinic prin icter, căruia trebue să ne adresăm cu un toxic electiv pentru treponemă, dar în acelaş timp, toxic şi pentru celula hepatică şi aşa deficientă.

Cu prilejul câtorva cazuri adunate, ne propunem a discuta etio-patogenia icterului survenit la bolnavii noştri, purtători ai unei infecţiuni sifilitice şi, în lumina acestor discuţiuni, să justificăm tratamentul ce trebue să se aplice.

Observ. 1-a. — Bolnava C. E., de 27 ani, casnică, se internează în ziua de 29 Ian. 1943, în clinica dermato-sifiligrafică pentru icter, răguşeală şi leziuni vulvare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In antecedentele heredo-colaterale: nimic important.

In antecedentele personale: Se notează în copilărie malaria

Istoric: Cu 5 săptămâni înainte de spitalizare, îi apar nişte formaţiuni papuloase vulvare. Concomitent începe să-i apară răguşeala şi uşoare dureri în gât. La o săptămână, cineva îi atrage atenţia că ochii îi sunt galbeni, scaunele erau decolorate, urina de culoare închisă. Nu avea nicio tulburare de ordin subiectiv.

Starea prezentă: Bolnava are conjunctivele, mucoasele şi tegumentul colorat în galben deschis. Pe întreaga suprafaţă a corpului şi pe membre se află diseminate numeroase formaţiuni papuloase lentiforme şi mai mari, arămii. La plica cotului şi pe faţa anterioară a antebraţelor se văd formaţiuni papuloase acoperite de fine squame. La fel şi pe regiunea epigastrică.

La examenul gurii, se constată pe ambele amigdale un exudat alburiu, iar pe partea dreaptă a vălului palatului se remarcă o pronunţată pată congestivă. Vocea este scăzută, răguşită şi acuză uşoară durere la înghiţire. Limba normală, nu are greaţă, nici vărsături. La examenul genital se văd pe ambele labre mari şi mici, numeroase formaţiuni papuloase, erosive, cu o secreţie murdară abundentă şi fetidă.

Ficatul şi splina sunt în limite normale. Nu febricitează.

Examene de laborator: 1. Analiza urinei: albumină, urme pronunţate; pigmenţi bilaterali, prezenţi; urobilină, foarte crescută; glucoza absentă; sedimente: frecvente hematii, numeroase leucocite, o oxalurie, lipsa elementelor figurate renale.

2. Sânge: R. B. Wassermann, Meinicke, Citocohl pozitive ++++. Urea

0,32 gr. la mie. Colesterina 1,65 gr. la mie. Rezistenţa globulară normală.

Cercetarea funcţiunilor hepatice: 1. Proba eliminării apei (se administrează bolnavului 150 gr. apă şi se recolţează urina din jumătate în jumătate oră, măsurându-se cantitatea de urină eliminată şi densitatea), a fost găsită normală. 2. Reacţia Takata-Ara negativă. 3. Proba galactozuriei (înainte de probă, galactozuria absentă; se dă bolnavului 40 gr. galactoză şi se recoltează urina din oră în oră, măsurându-i-se cantitatea şi dozându-se galactoza eliminată. Bilanţul la 4 ore a fost 104 cmc., iar galactoza eliminată 0,995; procentul de eliminare de 2,5%), a fost şi ea negativă. 4. La tubaj duodenal prin proba lui Meltzer-Lyon se scot circa 30 cmc. bilă B., în care dozându-se colesterina, se găseşte în bila nefiltrată 1,87‰ gr. colesterină, în bila filtrată 1,75‰ gr. Diferenţa 0,07 gr. la mie colesterină (proba negativă).

Tratamentul: Se începe cu cianură de mercur, făcându-se câte o injecţie de 0,02 ctg. la 2 zile.

După 8 injecţii de cianură de mercur, se începe tratamentul cu bismut şi neosalvarsan pe care bolnava l-a suportat bine. Face în total 4 inj. cu bismut şi concomitent 1,65 gr. neosalv. Ultima doză fiind de 0,45 (3-a), bolnava părăsind spitalul după o lună de zile dela internare, cu leziunile sifilitice clinice vindecate. Icterul dispăruse complet, iar urina era normală. I s'a recomandat continuarea tratamentului.

Observ. 2-a. — Bolnava C. N., de 19 ani, casnică, intră în clinica dermato-sifiligrafică din Iaşi la 16 N-brie 1942, pentru formaţiuni papuloase, vulvare şi cefalee.

In **antecedentele personale** se notează rugeola, variola, tusea convulsivă, gripa, amigdalită.

Istoric: Cu 3 săptămâni înainte de internare în spital, apar în regiunea vulvară câteva mici papule. Concomitent dureri de cap şi jenă la deglutiţie.

Starea prezentă: Bolnava acuză cefalee intensă. La examenul gâtului amigdalele se văd congestionate şi acoperite de un exudat alb-aderent; acuză jenă în deglutiţie. La examenul genital se văd pe ambele labre mari câteva formaţiuni papuloase, plate, de culoare roşie-închisă. Reacţia Meinicke şi Citochol în sânge pozitive ++++.

Tratamentul. Se începe imediat. După o injecţie cu bismut şi una cu neosalvarsan doza 2-a, bolnava, în cursul nopţii simte o stare generală rea, face uşoară ascensiune termică, iar conjunctivele şi mucoasele (cea sub lingurală) se colorează în galben-paille. Fenomenele cedează în două zile, afară de sub-icter. Se continuă tratamentul cu neosalvarsan doza 2-a, iar bismutul este înlocuit cu cianură de mercur, Se fac în total cinci injecţii cu neosalvarsan (ultimile 3, doza 3-a) şi patru injecţii cu bismut.

Icterul dispare repede (la 6 Dec. 1942, nu mai prezintă coloraţie galbenă), iar la 10 Dec. 1942, bolnava părăseşte spitalul cu leziunile clinice vindecate.

Observ. 3-a. — Sergentul Major P. G., intră în serviciul medical al Spitalului Militar Z. I. No. 284, la 19 Aprilie 1944, pentru icter.

In **antecedentele personale** şi **heredo-colaterale,** nimic important de semnalat.

Istoric: Cam cu mai bine de o lună de zile înainte de a se interna în spital, îi apare în şanţul balanoprepuţial, o eroziune circa la 3 săptămâni

şi ceva după contagiune. La câtva timp, observă că ganglionii inguinali încep să se mărească de volum, fără să simtă nicio tulburare de ordin subiectiv. Făcându-i-se reacţia Meinicke în sânge, este găsită negativă şi nu mai face niciun fel de tratament, până acum 20 de zile, când văzând că leziunea persistă, începe să facă băi locale cu hipermanganat, cauterizări cu fenol, pansamente.

Cu 10—15 zile înainte de internare, simte o indispoziţie generală, dureri abdominale, febră moderată, iar urina începe să se închidă la culoare; constipaţie. După o zi, două, observă că ochii îi sunt galbeni, iar scaunele decolorate. Este pus la regim după care fenomenele acute se amendează. I se fac patru injecţii cu cianură de mercur şi una cu bismut, şi ulterior este internat în spital.

Starea prezentă: Conjunctivele, mucoasele şi pielea sunt colorate în galben. Acuză foarte uşor prurit. Nu febricitează. Limba este foarte uşor saburală. Scaunele sunt decolorate, iar urina de culoare închisă. Nimic pulmonar şi cardiac. Are 70 de pulsaţii pe minut. Ficatul, foarte puţin mărit de volum, este uşor dureros la presiune, Genital, o eroziune pe cale de cicatrizare în şanţul balanoprepuţial, Ganglionii inghinali măriţi şi duri.

Examene de laborator: Urina, urme nedozabile. Pigment bil. prezenţi. Urobilină, mult crescută. Sediment: rar urat de sodiu, rare leucocite, care celule epiteliale plate. Seroreacţia B. Wassermann pozitivă +. Seroreacţia Meinicke pozitivă ++++.

Tratamentul: 1. Regim alimentar adequat. 2. Prafuri Chauffard. 3. Injecţii cu cianură de mercur câte 0,02 ctg. pe zi, la 2 zile una, 12 injecţii şi 3 injecţii cu bivatol. După o lună de zile de internare în spital, este înapoiat la corp vindecat.

Observ. 4-a. — Soldatul C. L., de 23 ani, este internat în serviciul dermato-veneric al Spit. Militar Z. I. No. 284, în ziua de 23 Septembrie, pentru coloraţia galbenă a pielei şi mucoaselor, şi formaţiuni papulo-erozive peno-scrotale.

Antecedente heredo-colaterale fără importanţă.

In **antecedentele personale** se găseşte blenoragie.

Istoric: Afecţiunea actuală datează de opt luni de zile, când a fost internat tot în serviciul nostru cu diagnosticul de şancăr sifilitic subprepuţial, de unde după câteva injecţii cu bismut şi neosalvarsan este înapoiat la Corp. Necontinuând tratamentul, revine peste două luni în spital, de astădată cu sifilide papulo-erozive peno-scrotale şi sifilide amigdaliene.

Face 6 injecţii cu bismut şi 1,95 gr. neosalvarsan, după care leziunile clinice dispărând, este înapoiat la Corp, unde de astădată continuă seria complectă.

Către sfârşitul seriei de injecţii de bismut şi neosalvarsan, observă că încep să i se îngălbinească conjunctivele şi pielea. Este internat în infirmeria Corpului, unde este tratat pentru icter (cu regim şi medicamente per os). După o lună de zile dela terminarea seriei, deşi icterul nu trecuse complect, i se începe o nouă serie de injecţii, mai întâi cu cianură de mercur, apoi cu bismut şi neosalvarsan. După 7 injecţii, bolnavul se simte rău, având greaţă, vărsături, temperatură şi prurit intens, i se întrerupe complect tratamentul şi este internat în serviciul nostru.

Starea prezentă: Bolnavul este uşor debil. Pielea este hipercromă

cu abundent pigment melanic. Conjunctivele şi mucoasele sunt colorate în galben. Pe restul corpului, coloraţia nu apare aşa de evidentă, din cauza culorii închise a pielei. Acuză prurit şi din loc în loc, pe membre apar papule urticariene. Nu febricitează. Are cefalee. Pulsul este bine bătut. Are 80 de pulsaţii pe minut. Limba este puţin saburală. Are anorexie, mai cu seamă pentru grăsimi. Scaunele de aspect normal. Uşoară constipaţie. La examenul abdomenului nimic deosebit. Urina galbenă bate uşor în portocaliu. Examenul ap. genital. Penisul este fimotic; prepuţul este oedemaţiat, iar de sub el se scurge o secreţie murdară. Pe marginea lui are câteva eroziuni dispuse coronar. Pe penis şi pe scrot se văd nişte formaţiuni erozive şi papulo-erozive, din care se scurge o secreţie zămoasă fetidă.

Examene de laborator: Ex. urinei: albumină, urme. Sediment: foarte numeroase leucocite (în masă grupate), foarte rari cristali de acid uric şi oxalat de calciu. Rare celule epiteliale plate. Repetată, după zece zile, se găseşte în sediment foarte numeroase leucocite şi rare hematii. Seroreacţia B. Wassermann pozitivă ++++. Seroreacţia Citochol pozitivă ++++.

Tratamentul: Se începe cu cianură de mercur, întâiu cu doze mici, apoi câte 0,02 ctg. intravenos la 2 zile una, iar per os se administrează dimineaţa pe foame, zilnic câte 10 gr. sulfat de magneziu, iar peste zi praduri Chauffard. Bolnavul este pus la regim alimentar. După vreo zece zile, simţind o durere vie în hemitoracele stâng, este consultat la serviciul de boli interne, recomandându-i-se să ia zilnic câte 8 tablete de eleudron, însă după prima zi de administrare, bolnavul face o erupţie urticariană cu prurit intens, din care cauză se întrerupe imediat tratamentul sulfamidat, şi se administrează injecţii cu calciu şi calmante la exterior, continuându-se şi inj. cu cianur de mercur.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In 5—6 zile, fenomenele urticariene se amendează, iar icterul dispare aproape complect. Cianurul de mercur este înlocuit cu inj. cu bismut. După 6 inj. cu bismut, bolnavul părăseşte spitalul, cu manifestările clinice complect vindecate şi cu recomandaţiunea de a continua tratamentul antisifilitic, atrăgându-i-se atenţia să nu facă inj. cu neosalvarsan.

Observ. 5-a. — Sold. T. N., în etate de 20 ani, este internat în ziua de 20 N-brie 1943, în serviciul dermato-veneric al Spit. Militar Z. I. No. 284 cu diagnosticul de sifilis şi icter.

In **antecedentele personale** şi **heredocolaterale**, nimic de semnalat.

Istoric: Cu două luni înainte de a se interna în serviciul nostru, îi apare o eroziune în şanţul balano-prepuţial, după care, la o săptămână, ganglionii în ambele regiuni inguinale se măresc de volum. După scurt timp începe să aibă vărsături, diaree, temperatură 39, limba devine intens saburală, scaunele decolorate, urina de culoare închisă; începe să simtă dureri în hipocondrul drept, iar după câteva zile un prurit destul de persistent, se instalează pe toată suprafaţa corpului. După o săpt., aceste fenomene pe care le pune în legătură cu consumarea de nişte carne veche, se amendează.

Este internat într'un spital, unde găsim pe foaia de observţie notat: afecţiunea datează de o lună de zile, iar de trei săptămâni i-a apărut icterul. Cu patru zile înainte de a intra în spital îi apare roseola şi sifilide seroale. Reacţia B. Wassermann şi citochol în sânge sunt pozitive. I se administrează trei inj. de biol şi 2 de neosalvarsan (0,15 şi 0,30), după care bolnavul face temperatură, frisoane şi are vărsături cu stare generală rea. I se întrerupe

acest tratament şi este pus la regim; inj. cu insulină şi cu cianură de mercur, câte 0,01 ctg. la 2 zile, cu care bolnavul se simte bine, iar icterul scade în intensitate.

In această stare, este evacuat în serviciul dermato-veneric al spitalului nostru, pe drum având ca hrană rece nişte mezeluri, le consumă, după care simte din nou dureri în hipocondrul drept şi indispoziţie generală.

Starea prezentă: Conjunctivele sunt uşor colorate în galben; la fel şi mucoasa sublinguală. Limba este curată. Nu are turburări gastro-intestinale. Ficatul este mărit de volum, cu 2 laturi de deget sub falşele coaste. Acuză dureri spontane, la respiraţie şi la presiune, în această regiune. Splina este în limite normale. Nu prezintă nicio leziune pe corp, acuză numai foarte uşor prurit. Ganglionii inguinail, bilateral, sunt măriţi de volum, duri, nedureroşi, aflegmazici. Genital nu prezintă nicio leziune. Nu febricitează.

Examene de laborator: Sânge: Seroreacţia B. Wassermann pozitivă ++++. Sânge: Citochol pozitivă ++++.. Ureea normală. Numărul globulelor roşii 4.390.000 pe mmc. Numărul globulelor albe 8700 pe mmc. Hemoglobină 85%. Formula leucocitară: polinucleară neutr. 62%, eusinofile 4%, limfocite 29%, mononucleare 4%. Examenul de urină nu arată nimic deosebit.

Tratament: Continuă în serviciul nostru inj. cu cianură de mercur, după care părăseşte spitalul vindecat, cu indicaţiunea ca înainte de 5—6 luni, să nu încerce neosalvarsanul.

Observ. 6-a. — Fruntaş t. r. B. C., de 22 ani, este internat în serviciul dermato-veneric în Spitalul Militar Z. I. No. 284, de către unitatea sa, în ziua de 3 Dec. 1943, cu diagnosticul de „icter suspect" (urmează tratament cu neosalvarsan şi bismut).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In **antecedente** se notează acum un an un şancăr sifilitic sero-pozitiv, pentru care a făcut trei serii de injecţii cu bismut şi neosalvarsan.

Starea prezentă: Cu două săptămâni înainte de spitalizare începe seria 4-a de tratament. După două injecţii cu bismut şi două cu neosalvarsan (0,15 şi 0,30), începe să aibă o stare generală de rău, cu anorexie şi foarte puţină febră, greaţă, fără vărsături. După 5 zile de rău în continuu, (în care timp mai face o injecţie de neosalvarsan doza 2-a), cineva îi spune într'o dimineaţă, că are ochii galbeni. După aceea observă că scaunele sunt decorolarate, iar urina este de culoare închisă.

Starea prezentă: Conjunctivele, mucoasa sublinguală şi pielea sunt colorate în galben. Nu are prurit. Limba foarte uşor saburală. Nu are tulburări gastrointestinale. Abdominal nu se percepe nimic deosebit. Pe piele nu are nicio leziune. Din când în când are cefalee, pulşul normal.

Examene de laborator: Seroreacţia B. Wassermann negativă. Seroreacţia Citochol negativă. Ureea în ser 0,26 gr. la mie. Numărul globulelor roşii 4.900.000 pe mmc. Numărul globulelor albe 5600 pe mmc. Hemoglobine 125% (Sahli). Formula leucocitară: Polinucleare neutrofile 65%. Polinucleare eusinofile 4%. Polinucleare bazofile 1%. Limfocite 22%. Monocite 8%. Analiza urinei: Albumină, urme slabe. Sânge, absent. Glucoză, absent. Acetonă, absent. Pigmenţi hilari, prezenţi. Acizi biliari prezenţi. Urobilina normală

Tratament: Se suprimă complect injecţiile cu neosalvarsan. Se pune

la regim şi se administrează intern sulfat de magneziu câte 10 gr. dimineaţa pe foame şi prafuri Chauffard.

Ca tratament antisifilitic se fac injecţii cu cianură de mercur câte 0,02 ctg. la două zile. După 25 zile, bolnavul părăseşte spitalul vindecat de icter. Având în vedere că reacţiile în sânge s'au negativat, se recomandă a urma în viitor numai injecţii cu cianură de mercur şi cu bismut şi să controleze după fiecare serie, dacă reacţiile se menţin negative.

Observ. 7-a. — Bolnavul P. A., muncitor, în etate de 22 ani, intră în clinica dermato-sifiligrafică din Iaşi în ziua de 4 Aug. 1945, fiind transferat dela clinica 2-a medicală, pentru 3 erosiuni în şanţul balano-prepuţial şi coloraţie galbenă a tegumentelor şi mucoaselor.

Antecedente heredocolaterale, fără importanţă.

In **antecedenţele personale,** găsim malaria în 1940 şi 1944, şi blenoragie, acum doi ani.

Istoric: Cu trei săptămâni înainte de intrare în clinică, i-a apărut trei erosiuni în şanţul balano-prepuţial. După o săptămână, ganglionii din ambele regiuni inguinale încep să se mărească de volum. Concomitent simte o indispoziţie generală, face uşoară febră, însoţită de uşoară anorexie. Urina devine de culoare închisă, iar pielea se colorează în galben. Cu aceste fenomene se internează în ziua de 1 August 1945, în clinică.

Starea prezentă: Pielea şi conjunctivele sunt colorate uşor în galben, nu acuză prurit; limba este roşie curată; are uşoară constipaţie. Pulsul bine bătut numără 80 pulsaţii pe minut. Nu febricitează. La examenul genital, prepuţul se vede tumefiat. Pe faţa sa mucoasă se observă o mică erosiune situată pe o bază indurată, roşie, vânătă şi uşor papuloasă. Când se trage de prepuţ, se mişcă ca un oblon. In şanţul balanoprepuţial se văd trei exulceraţii, net limitate, ovale, roşii curate, nedureroase şi dure la pipăit.

Ganglionii inguinali sunt măriţi de volum, bilateral, sunt duri şi nedureroşi. Pielea la nivelul lor, nemodificată, se pliseazâ uşor.

Examene de laborator: La 2 August 1945, examenul urinei: albumină, urme. Pigmenţi biliari prezenţi. Sediment: bilirubină, leucină, fosfaţi, lipsa elementelor figurate, renale şi inflamatorii. La 12 August 1945, nu se mai găseşte în urină nimic patologic. Seroreacţia B. Wassermann şi Meinicke e pozitiv intens ++++.

Tratament: Se pune bolnavul la regim şi se încep injecţii cu cianură de mercur, 0,05 gr., apoi zilnic câte 0,01 ctg. După a 5-a injecţie cu cianură de mercur, se administrează 0,15 ctg. neosalutan. Aceasta este bine suportată şi se creşte atunci 0,30 şi 0,45 gr. neosalvarsan, după care icterul dispare complect. La fel şi leziunile genitale. Se mai continuă încă patru injecţii a 0,45, apoi se trece la 0,60, pe care o repetă de 4 ori. Intre timp injecţii cu cianură de mercur s'au făcut mai departe, până a terminat întreaga serie. (Urmare).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LES ABCÈS DU PANCREAS

Observations cliniques — Pathogénie — Diagnostic — Traitement

par

I. RADVAN

(II-ème partie)

De ces faits, il ressort que la pancréatite suppurée peut outre des formes diffuses et gangréneuses mortelles, avoir même une allure traînante, aboutissant lentement à la constitution d'une tumeur pleine de pus. C'est pour cela que les formes suppurées ont, en pratique, l'aspect clinique des collections enkystées. Elles se développent sous l'influence des germes pyogènes habituels et des germes anaérobes. *Baring* et *Wolter* y ont trouvé la présence du colibacille, du pneumocoque et du staphylocoque. *Brocq* a signalé la présence des germes anaérobes.

Les recherches expérimentales faites par *Carnot, Körte, Archibald* ont démontre la possibilité de provoquer la pancréatite hémorragique suppurée ou scléreuse par l'introduction de différents microbes dans le canal de Wirsung. *Kemp* a constaté une hyperactivité fermentaire à la suite de l'injection des germes du groupe typhoïde et coli. *Rosenow* a démontré expérimentalement que l'injection intraveineuse de streptocoque provenant des amygdales a pu provoquer des inflammations aiguës de la vésicule biliaire et du pancréas. D'après *Maugeret, Arnsperger, Deaver, Graham, Judd* et *Griffiths*, la vésicule biliaire est la source principale d'infection dans la plupart des cas de pancréatite aiguë.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

En ce qui concerne le mécanisme, il n'y a pas des limites bien tranchées entre la pancréatite aseptique (nécrose aiguë pure) et la pancréatite suppurée en foyer. Il semble que la pathogénie de cette dernière se confond, au moins quelquefois, avec celle des formes aseptiques. En effet, *Seidel* croit que la pancréatite suppurée n'est qu'une forme évolutive de la nécrose aigue et pense que l'infection du foyer qui est aseptique à l'origine, se fait vers le sixième jour. Par contre, des auteurs comme *Guleke*, ont démontré que c'est la suppuration qui est le processus primitif et puis la nécrose. Les traits d'union qui existent sans aucun doute entre les variétés aseptiques et les variétés infectieuses sont d'importance. *Brocq* et *Varangot* ont trouvé une proportion de formes suppurées de 82 fois sur 466 cas.

Les germes peuvent atteindre le pancréas par différentes voies. Nous les citons; la voie lymphatique (surtout dans la pancréatite chronique), la voie sanguine par l'intermédiaire de la veine porte qui peut véhiculer les germes infectieux du tube digestif dans le pancréas, et la contamination dûe à un foyer d'infection des organes voisins, les voies biliaires et le duodénum, dont les sécretions septiques pénètrent dans les canaux du pancréas. Enfin par exaltation de virulence des germes qui séjournent dans le pancréas.

Une analyse plus détaillée de ces voies de propagation dépasse les marges de ce travail. Mentionnons seulement que le point de départ de l'abcès pancréatique de notre cas n'a pas été précisé. Il est dangereux dans les formes suppurées de se livrer à des explorations en dehors du foyer. (Obs. 11). On ne peut que découvrir et drainer le foyer pancréatique par le plus court chemin et il est donc impossible parfois de chercher autour du pancréas la cause première de l'affection. Pourtant on pourrait admettre que l'atteinte de la glande sous forme de pancréatite inflamatoire avec nécrose subaiguë soit secondaire à une cholécystite probable, étant donné dans notre cas les antécédents hépato-vésiculaires sous forme de crises douloureuses intermittentes accompagnées de sûbictère. L'infection colibacillaire à localisation prédominante au pancréas semble être réalisée soit par une propagation directe de l'intestin ou par voie lymphatique, soit par l'exaltation de virulence du germe séjournant dans le pancréas. Quant à la voie sanguine, celle-ci serait possible seulement au cours d'une colibacillémie coexistente. A noter qu'une hémoculture n'a pas été faite et la malade n'a eu ni avant et ni après l'intervention des symptômes de colibacillose.

Ainsi dans tous les cas de pancréatite aigue (aseptique ou infectieuse) il faut rechercher par un interrogatoire serré les antécédents et la prédisposition pancréatogène: la lithiase biliaire, les ulcères digestifs la stase duodénale, les répas copieux, l'étylisme, l'obésité, la grossesse, les maladies infectieuses. De même les opérations sur le tractus digestif et biliaire puissent favoriser parfois l'apparition des lésions du pancréas. Celles-ci s'encadrent bien dans une pancréatite attenuée à forme gastrique avec douleurs épigastriques irradiées dans la région dorso-lombaire et vomissements. Mais bientôt le tableau clinique peut être transformé en une crise plus grave, souvent mortelle. Le diagnostic precoce sera possible à condition de penser à la pancréatite. Les signes qui peuvent guider le diagnostic des pancréatites, respectivement les abcès circonscrits, aseptiques ou infectieux, sont d'ordre clinique et d'ordre biologique. Ils doivent être recueillis sur place car une intervention precoce peut être salutaire.

Cliniquement, les abcès aseptiques ou infectieux du pancréas ont rarement une période prémonitoire. Le plus souvent c'est en pleine santé apparente que la crise éclate: la douleur à l'épigastre, en coup de poignard avec irradiations dorso-lombaire et à gauche, suivie de hoquets et de vomissements, signes de choc, frissons et fièvre, pouls rapide, facies grippé, contraction ou non de la paroi abdominale, surtout au-dessus de l'ombilic sont les premiers symptômes. La région épigastrique se modifie plus ou moins rapidement. Elle fait une voussure et l'on peut percevoir une masse profonde et diffuse qui est fixe, douloureuse et étalée dans le sens transversal. Mais la marche de l'affection n'a pas toujours une allure trop aigüe. Le plus souvent, elle évolue sans tapage. Il est étonnant que des lésions aussi graves ne

BCU Cluj / Central University Library Cluj

provoquent pas des réactions plus violentes du côte de l'abdomen La pancréatite évolue derrière un abdomen mou, peu balloné et sans contraction. La contracture quand elle existe (7 fois sur 41 cas d'après *Couvelaire*) elle est sus-ombilicale, épigastrique. Quoique la symptomatologie ne peut pas être dissociée des affections de voisinage, toutefois, il est possible de songer à la pancréatite à cause de la douleur apparaissant soudainement à l'épigastre avec irradiation postérieure e à gauche, impossible de la calmer par la morphine. Parfois, la maladie évolue par poussées (Obs. I). Les phénomènes bruyants s'atténuent progressivement pour que de nouvelles crises douloureuses, résistant à la morphine, surviennent, accompagnées de frissons, fièvre, hyperlencocytose, alternation de diarrhée et d'arrêt des matières et des gaz. L'état général s'altère progressivement par *un amaigrissement rapide* et asthénie trés marquée. La collection profonde se développe. Elle a une allure traînante, aboutissant lentement à la constitution d'une tumeur pleine de pus et enkystée à laquelle le malade résiste et la guérison est possible si l'intervention se fait en temps utile (Obs. I et II). Dans ce stade, il est évident que nous sommes dans la situation de diagnostiquer une tumeur pancréatique et cliniquement on sait combien ce diagnostic est difficile. Les tumeurs du pancréas peuvent être supposées seulement lorsqu'elles sont volumineuses. Ces formations tumorales du pancréas du fait de la situation rétro-péritonéale de la glande sont toujours rétro-gastro-intestinales. Dans leur développement, elles peuvent entrer en contact avec la paroi abdominale antérieure soit en refoulant l'épiploon gastro-hépatique, soit en repoussant par en haut le colon transverse et par en bas les anses grêles, se coiffant ainsi simplement en péritoine pariétal postérieur. Tous les organes qui occupent normalement la partie supérieure de la cavité abdominale peuvent être soustendus par la tumeur de telle sorte qu'il est rare que les moyens cliniques habituels permettent de porter un diagnostic ferme. On a considéré comme un symptôme caractéristique la fixité de ces tumeurs et le fait qu'elles ne se déplacent pas franchement avec les mouvements respiratoires, mais le signe lui-même est infidèle *(Mirizzi)*. Le diagnostic sera encore plus difficile lorsque la collection a comme siège la region sous-phrénique et lombaire. *Coenen*, *Körte* ont publié 5 observarions d'abcès sous-phréniques à point de départ pancréatique. De même *Körte* a rapporté 3 cas dont l'abcès avait l'apparence d'une collection périrénale.

Les épreuves fonctionnelles pancréatiques, lorsqu'elles sont positives, permettent d'aider le clinicien. Dans cet ordre d'idées, la présence d'une *hyperdiastasurie* est très utile, surtout lorsqu'il existe des troubles concomittents de glyco-régulation. Il y a déjà 13 ans, depuis qu'en collaboration avec *I. Pavel*, nous attachons à la diastasurie une grande valeur dans le diagnostic des pancréatites. Une importance

BCU Cluj / Central University Library Cluj

particulière est attribuée aux valeurs augmentées, la signature d'une altération pancréatique du type inflammatoire aigu. Toute lésion du pancréas, même très minime, entraîne un trouble diastasique. Si on ne peut pas poser d'indications opératoires du seul fait de l'existence de la diastasurie pathologique, l'existence de celle-ci doit toujours faire songer à vérifier l'état du pancréas, évidemment, si les signes cliniques conduisent à une intervention. Maintes fois nous nous sommes convaincu de la valeur diagnostique et pronostique de la diastasurie. La guérison annonce une diastasurie normale, une récidive donne une prompte réaction hyperdiastasique et si celle-ci persiste, n'est alors qu'un signe de gravité, témoignant de l'existence d'une lésion importante de la glande. De ce point de vue les cas cliniques exposés dans ce travail sont trés démonstratifs.

Les troubles glyco-régulateurs d'autre part permettent de préciser davantage un diagnostic hésitant (Obs. II). Mais une lésion en foyer, limitée à la tête de la glande et ne frappant pas l'appareil insulaire, n'est pas trop apte de troubler la glyco-régulation (Obs. I). Comme l'hyperdiastasurie, l'hyperglycémie est un précieux élément de pronostic. Si elle augmente, ça montre une extension de la nécrose de la glande si elle diminue, les lésions régressent. Dans les cas graves, on peut observer une réaction inverse d'hypoglycémie avec coma. *Bernahrdt* pratique même l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée pour suivre l'évolution lesions pancréatiques. Quant aux épreuves qui demandent l'exploration du pancréas à l'aide du tube d'Einhorn *(Chiray)*, ou l'étude du bilan des graisses dans les fèces aprés le repas d'épreuve de 3 jours (*Labbé* et *Nepveux*) ou l'épreuve de la digestion des fibres musculaires et des noyaux cellulaires de *Schmidt*, tous ces examens sont pratiquement sans valeur dans les abcès du pancréas. On pourrait dire la même chose de la recherche de la lipase atoxylo-résistente dans le sérum sanguin d'après Rona et Michaelis (Radvan). [1]) Excepté les techniques qui sont trés délicates et laborieuses, excepté les résultats qui sont parfois peu probants, les abcès du pancréas ne se prêtent pas d'être explorés de cette manière. D'autre part, le progrès de *la recherche radiologique* permet parfois le diagnostic d'une formation tumorale à siege pancréatique. En effet, l'examen radioscopique de l'estomac après replétion de l'organe par une bouillie opaque peut mettre en évidence des déformations caractéristiques que peut subir l'estomac du fait des développements des tumeurs du pancréas (*Mirizzi*). *Mondor* a constatté dans la pancréatite hémorragique limitée un élargissement de l'anneau duodénal. Les signes radiologiques décrits par *Bronner* comme l'agrandissement de l'aspect en fer à cheval duodénal, bulbe comprimé, angle duodéno-jéjunal tiraillé, la stase barytée par hypotonicité duodénale sont des elements incerts. Mais la radiologie gastro-duodénale est-elle possible chez des malades en proie d'une crise violente abdominale? Peut-être dans l'avenir, la laparoscopie dé-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

fendue par *Kalk* de l'école allemande améliora les difficultés diagnostiques, mais la méthode est quand même assez brutale. Par contre, la recherche de la diastase dans l'urine d'après la méthode de Wohlgemuth est très commode, pouvant avoir le résultat pendant 15 minutes et correspondant de la sorte à l'urgence demandée par la clinique pour la solution du diagnostic. Ainsi nous avons aussi obtenu autrefois deux résultats positifs dans deux cas de kyste du pancréas contrôlé à l'opération. Dans l'un de ces deux cas, on a pu faire l'examen à plusieurs reprises et on a constaté le retour à la normale de la diastasurie quelques semaines après l'opération. Lorsqu'il n'y a pas de parotidite, on peut donc se fier en pratique à cette réaction de Wohlgemuth [2]).

En ce qui concerne le *syndrôme humoral* trouvé par *Binet*, *Brocq* et *Ungar* dans la pancréatite hémorrágique expérimentale, celui-ci est très rarement recherché dans les pancréatites humaines. Le syndrôme humoral est caractérisé par hyperleucocytose, hypochlorémie, aspect lactescent du sérum sanguin à cause de l'élévation des graisses totales (hyperlipémie) et du cholestérol et enfin hyperglycémie. Nous ajoutons l'hyperdiastasémie. Ce syndrôme a été partiellement recherché chez nos malades. Nous avons trouvé de l'hyperleucocytose constante, mais l'aspect lactescent du sérum a manqué. L'hypochlorémie n'a pas été examinée, mais elle paraîssait responsable de l'hyperazotémie sans atteinte rénale évidente, rencontrée dans l'un des cas. L'hyperglycémie a été présente dans un cas tandis que l'hyperdiastasurie résultée de l'augmentation du ferment dans le sang a été forte et constante.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Avant d'aborder de traitement de l'affection, nous rappelerons en bref le diagnostic de la *pancréatite chronique* existente dans l'un de nos cas. Celle-ci a aussi une symptomatologie obscure surtout lorsqu' elle est partielle (inflammation de la tête) comme chez notre malade ou masquée sous le tableau d'une cholélithiase avec subictère. Des symptômes comme la diarrhée, la stéatorée, l'épigastralgie gauche sont loin d'être la règle et les petits symptômes sont, soit inaperçus soit attribués à une atteinte du tube gastro-duodénal ou de l'appareil hépato-biliaire.

La méthode de *Grott* ou de *Mallet-Guy* d'examiner le pancréas par palpation en but de préciser plus strictement la douleur en comprimant l'organe à la base dure de la surface latérale du rachis peut donner parfois quelques renseignements. D'autre part, les nombreuses épreuves de laboratoire, ci-dessus rappelées, sont souvent, infidèles

---

1 *Radian I.* Studiul lipazelor sanguine în diagnosticul pancreatitelor. „Spitalul", 1933, nr. 11.

2 *Ralvan I.* Problema diastazurie în diagnosticul pancreatitelor. Date anatomo-clinice. Rev. Ştiinţe Medicale, 1936, nr. 10.

Diastasurie et Pancréatites — Journal des Practiciens 1937, nr. 40.

dans les pancréatites chroniques partielles. Même l'augmentation de la diastasurie peut quelquefois manquer, surtout lorsqu'il s'agit d'une pancréatite chronique trop limitée. Lorsque le processus de sclérose est trop avancé, on attend de trouver plutôt des taux diastasuriques bas auxquels il faut savoir attribuer leur entière valeur. Les troubles glycorégulateurs d'autre part surviennent aussi lorsque le processus de sclérose ou de dégénérescence est trop avancé. Ainsi le diagnostic de la pancréatite chronique est difficile à préciser et l'atteinte de la glande passe souvent inaperçue en constituant des simples trouvailles d'opération ou d'autopsie. Et pourtant les atteines pancréatiques discrètes sans répercussions cliniques évidentes sont très fréquentes dans la pathologie humaine (*Jaffe* et *Löwenborg*, *Artigas*). Avec *Pavel* nous les avons trouvées et diagnostiquées à l'aide de la diastasurie dans les affections hépato-biliaires (ictère catharal, cholélithiase, cirrhoses), dans les infections diverses (pneumonie, thyphoïde, rhumatisme polyarticulaire aigu), les cardiopathies arrivées à l'état de décompensation et donc de stase viscérale, les colites, les vomissements graves avec acidose de la gestation et puis dans l'ulcère gastro-duodénal, tuberculose et avec *Milcou* dans les maladies endocriniennes.

L'atteinte de la glande, soit-elle d'origine toxique ou infectieuse, soit-elle provoquée par les troubles circulatoires de la propagation de l'irritation des organes voisins, est susceptible d'être diagnostiquée à l'aide de la diastasurie. Cette pancréatite atténuée qui évolue à bas bruit peut expliquer le développement ultérieur d'un diabète ou d'une poussée aiguë ou subaiguë de pancréatite.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Le traitement des abcès du pancréas est exclusivement d'ordre chirurgical, puisque la résorption, même en cas de collections trop petites, reste une exception. Si l'on n'opère pas, les crises intermittentes d'épigastralgie, les poussées fébriles, l'aggravation des phénomènes d'insuffisance pancréatique, la cachexie, les altérations du sang et du rein finissent par emporter le malade lorsque des complications beaucoup plus redoutables comme la péritonite ou la septicémie ne soient pas entrées d'avance en scène. Parfois au cours de la période plus ou moins longue d'expectation préopératoire, on a pu voir l'abcès se vider dans l'estomac, le colon, le duodénum ou même dans les bronches lorsque l'abcès est localisé au niveau de la région sous-phrénique.

Le procédé opératoire par la voie antérieure est meilleur parce qu'il permet de la sorte une exploration plus complète de la glande malade. On arrive au pancréas soit à travers le petit épiploon, soit en faisant une brèche au ligament gastrocolique. Une fistule pancréatique de quelques mois est réalisée, par laquelle s'exécute le drainage de la collection. La voie lombaire a perdu la faveur des chirurgiens. On l'utilise seulement dans les abcès à évolution franchement postérieure ou à titre accessoire, comme contre-ouverture.

Il est évident que le *pronostic* de la pancréatite aseptique loca-

lisée ou suppurée en foyer apparaîsse en général comme moins grave que celui du phlegmon diffus ou des pancréatites hémorragiques. Les phénomènes d'intoxication et de nécrose n'ont dans les abcès circonscrits ni l'intensité et ni l'extension de ceux que l'on observe dans les autres formes. Cependant il y a souvent des lésions lentes de sclérose qui peuvent entraîner des manifestations d'insuffisance pancréatique avec diabète (cas de *Körte*, de *Leveuj*). Bien que dans nos cas on a pu constater une guérison complète, les récidives tardives sont cependant à craindre. Une surveillance médicale des malades est absolument nécessaire tant par la clinique et contrôles biologiques répétés que par une thérapie prophylactique.

BIBLIOGRAPHIE

Archibald (*w. a.*): Annals of Surgery, 1921. T. XC, p. 863. — *Arnsperger* (*l.*): Dnut. Ztschrift für Chir., 1942, p. 189. — *Artigas* (*v.*): Rivista medica di Barcelona, Oct. 1932, p. 331. — *Barling* (*g.*). Brit. Med. Journal, 1923, p. 705. — *Benecke*: Münch. med. Wschr., 16 Oct. 1931. — *Bernhardt* (*f.*) Deutsche Zeitschr. für Chir., 1926, T. 198. — Klin Wschr., 1930, No. 29. p. 1346. *Binet* (*l.*), *Brocq* (*p.*) et *Ungar* (*g.*): Presse Médicale, 1921, p. 848. — *Brocq* (*p.*) et *Miginiac*: Chirurgie du pancréas, un vol. Masson, 1934. — *Broeq* (*p.*): Journal de Chirurgie, 1925, p. 7. — Prat. Méd. fr. 1926, No. 7. — *Broeq* (*p.*) et *Varangot*: Congrès fr. de méd XXIII-e Session, Qeébec, 1934. — *Bronner* (*h.*): Zentralbl. f. Chir., 1928, p. 2536. — *Chiroy* (*m.*) et *Lebon* (*j.*): Les insuffisances pancréatiques, un vol., Masson, 1926. — *Costescu* (*p.*), *Radvan* (*i.*), *Grigoroiu* et *Costescu*: Rev. Sanitară Militară, 1944, No. 1—3, p. 6. — *Coenen*: Zentralbl. f. Chir., 1929, T. 36, p. 408. — *Couvelaire* (*r.*) et *Bargeton* (*d.*): Soc. de Biologie, 1933, t. XCIII, p. 1435. — *Deaver* (*j. b.*): Surg. Gynec. a. Obst., 1919, p. 28. — *Griffiths* (*h. e.*): The Lancet, 1904, p. 2. — *Grott* (*j. w.*): Medycina, 1935, No. 9. — *Guleke*: Tung — Chir. Med. Monatschr., 1928, p. 209. — *Jaffe* (*r.*) et *Löwenberg* (*m.*) Mitt. aus den Grenzgeb. Med. u. — Chirurgie, 1933, p. 43. — *Judd* (*e. s.*): J. A. Med. Ass. 1921. — *Kemp* (*r. c.*): Diseases of. the stomach and intestines, 1917, Ed. 3, Philadelphia. — *Körte* (*w.*): Congrès national de Chirurgie, Bruxelles, 1911. Verhand des Deutsch. Geselisch. f. Chir., XXXIII-e Congrès 1904, I, p. 102. — *Labbe* (*m.*) et *Nepveux*: Presse Méd., 1930, p. 649. — *Leveuf* (*j.*) Rev. Crit. path. et thérap. 1931, p. 373. — *Manu* (*n.*) e *Radvan* (*i.*): Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux Bucarest, 1940 No. 2—3. — *Märtens*: Med. Klinik., 1930 T. 26, p. 155. — *Maugeret* (*r.*) Thèse de Paris, 1908. — *Milcu* (*st. m.*) et *Radvan* (*i.*): Acta Endocrinologica, (Bucarest) 1938, No. 3. — *Mirizzi* (*l.*): Rev. Sud. Amér. de Méd. et de Chirurgie, 1935, No. 12, p. 166. — *Nicolaus*: Beitr. z. klin. Chirurg., 1931, T. 152, p. 351. — *Pavel* (*i.*) et *Radvan* (*i.*): Rev. Ştiinţelor Medicale 1936, No. 10, p. 1159; Journal des Practiciens, 1937, No. 40, p. 643; Revista Sanitară Militară, 1937, No. 8, p. 747; Spitalul, 1938, No. 11, p. 469. *Rosenov* (*e. c.*): Surg. Gynec. and Obst., 1921. — *Schmieden u. Sebening*. Arch. f. klin. Chirurgie, 1927, p. 319. Surg. Gynec. and Obst. 1928, p. 735. — *Schweizer*: Virchow's Arch. f. path. Anat., 1931. p. 780, Schw. Med, Wochschr., 1923 p. 400. — *Silvestri*: Gazz. d. osp. 1922, p. 1234. — *Wolfer* (*j. a.*). Int. Surg. Diagest, 1929.

AUTOHEMOTRANSFUZIA

de

MEDIC MAIOR D-r SANDU DUMITRU
Şeful Serv. chirurgical al Spit. Militar din Craiova

Sub această denumire, după cum reese din componentele cuvântului, se înţelege o transfuzie cu sânge luat tot dela primitor, adică donatorul şi primitorul se găsesc reprezentaţi prin aceeaşi persoană.

Aci nu este vorba de o transfuzie directă dela donator la receptor, adică dela un braţ la celălalt, cum s'ar înţelege prin analogie cu transfuziile obişnuite, cu heterohemotransfuziile. Căci în acest caz nu ar fi vorba decât de o amplificare a autohemoterapiei obişnuite. Este drept că am recurs uneori şi la această autohemotransfuzie didirectă pentru stimularea funcţiei hematopoetice în unele anemii posthemoragice.

Dar despre altceva este vorba în cazul de faţă.

Este punerea în practică a unei idei ce mi-a venit văzând marea pierdere de sânge ce are loc cu ocazia efectuărei zilnice a zeci şi sute de intervenţii chirurgicale la o Ambulanţă Divizionară. Era adus un rănit cu hematom voluminos prin ruperea unui vas. Şi se impunea deschiderea hematomului pentru ligatura vasului. Sângele din hematom era sânge pierdut, la care se adaugă încă o bună pierdere de sânge până se făcea ligatura vasului. Sau era vorba numai de ligatura unor vase mari, până atunci sub o hemostază provizorie. Prin ridicarea acestei staze, până la găsirea vaselor şi forcipresura lor, se pierde iarăşi o bună cantitate de sânge. Prin amputarea unui membru, mai ales inferior, cât sânge se desprinde din economia organismului? Mai ales dacă nu avem poisbilitatea de a aplica preoperator o stază regresivă de retur. Dar prin leziunile hepatice, splenice, vasculare intra-abdominale, etc., sau intratoracice, nu sunt expuse pierderei sute şi chiar mii de grame de sânge? Este drept că acest sânge din cavitatea peritoneală şi din caivtatea pleurală nu poate fi complect considerat pierdut, căci se resoarbe în bună parte, dar totuşi rămâne expus infectărei, el însuşi creind un bun mediu pentru microbi, pe lângă faptul că se resoarbe, atunci când are loc, foarte încet, pe când rănitului îi trebue o complectare urgentă a sângelui pierdut. Şi la aceste neajunsuri se mai adaugă şi turburările anatomo-patologice-îngroşări de seroase, aderenţe etc., ce se produc prin lăsarea sângelui în aceste cavităţi. Şi astfel de cazuri, în care se pierde sânge atât de preţios se pot număra cu zecile, chiar cu sutele zilnic.

Atunci m'am gândit că dacă găsesc mijlocul de a culege aseptic şi de a împiedica coagularea acestui sânge expus pierderei, îl pot foarte bine transfuza înapoi rănitului, redându-i acest sânge, care atârnă atât de mult în balanţa prognosticului după sângele pierdut până la sosirea lui în ambulanţă. Mai ales că aci avem mare avantaj să nu ne mai putem aştepta la niciun fel de accident transfuzional, cum uneori se întâmplă în transfuziile obişnuite, deşi sângele este

Bucharest / Central University Library

recoltat dela un grup hemolog sau dela un 0, (donneur universal), faptul acesta explicându-se, fie prin titrul aglutinant prea ridicat al donneur-ului, fie prin categoriile diferite de Rh., cărora aparţin donatorul şi receptorul. (V. nota explicativă asupra Rh.).

Problema alterărei sau chiar a diminuărei calitative a acestui sânge colectat nu se poate pune, nici pentru cel recoltat dintr'un membru amputat, căci este de mult dovedit că sângele chiar în cadavru îşi păstrează complet calităţile sale (capacitatea de a fixa oxigenul) încă 6—10 ore.

Pentru culegerea şi apoi transfuzia sângelui m'am folosit, după împrejurări, de 2 procedee.

a) Autotransfuzie directă: — Primul exemplu: rănit abdominal cu hemoragie mare internă prin ruptura splinei. Se pregăteşte aparatul de transfuzie ca pentru orce transfuzie, cu grije deosebită ca tubul de ataşat la donneur să fie perfect sterilizat şi la exterior. Ne-am folosit de aparate D-r M. Popescu. Acest tub este introdus fără ac în cavitatea peritoneală, prin laparotomia pentru splenectomie. Celalt tub, adică cel ataşabil primitorului, se adaptează prin acul său la vena uneia dintre plicele cotului a rănitului în cauză. Şi pe când chirurgul îşi efectuează lucrul său, un ajutor aspiră sângele din abdomen reintroducându-i înapoi rănitului în aparatul circulator, prin manipulările obişnuite în orce transfuzie. Desigur manevră dificilă şi pentru chirurg şi pentru transfuzator şi care nu întotdeauna este posibilă, ci foarte rar chiar după o suficientă rutină în acest sens. Transfuzia se execută după îndeplinirea actului principal al operaţiei — oprirea hemoragiei. Al 2-lea exemplu: rănit toraco-pulmonar cu hemotorax masiv. Aci sângele se extrage din cavitatea pleurală, fie prin introducerea tubului donneur în cavitatea pleurală prin plaga pleurală, fie prin punctionare. In rest se procedează ca mai sus. Dacă absorbţia acestui sânge duce la pornirea hemoragiei pulmonare atunci se întrerupe. Al 3-lea caz: rănit cu hematom voluminos. Procedăm ca la hemotorax prin punctionare, sub staza vaselor rupte dacă este posibil. Apoi urmează ligatura vaselor, adunând sângele risipit în acest timp după procedeul de mai jos.

b) Autotransfuzie indirectă: Primul exemplu: cazuri, analoage cu cele de sus, unde nu se poate face, din diferite cauze, transfuziile directe descrise. Atunci tot cu aparatul de transfuzie sângele este absorbit din cavitatea peritoneală sau cavitatea pleurală şi adunat într'un vas în acest sens pregătit. Al 2-lea exemplu: rănit cu ruptura unor vase mari cu sau fără hematom, ce necesită ligatura acestor vase, sau rănit în situaţia de a i se amputa un membru. In aceste cazuri, în timp ce chirurgul, după o minuţioasă dezinfectare a tegumentelor şi a plăgilor, procedează la ligatura vaselor sau la amputare, un ajutor ţine vasul pregătit sub segmentul în cauză, adunând sângele ce se scurge în timpul operaţiei. Tot într'un astfel de vas se exprimă şi sângele rămas în membrul amputat.

Vasul colector este un vas potrivit şi gradat. Pentru împiedicarea coagulărei, acest vas s'a ramolinat. Sau s'a pus în el o soluţie de citrat de sodiu 4%, iniţial calculat pentru 100 gr. sânge,

Biblioteca Universitară "Iaşi" Cluj

adică 10 cmc. din soluție. Pe măsură ce se aduna sângele, cu o baghetă de sticlă se amestecă cu soluția. Iar dacă sângele depășea 100 de gr., se adăuga progresiv cu cantitatea de sânge și soluție de citrat de sodiu, în așa fel ca să se mențină proporția de 1 gr. citr. Na., pentru 250 cmc. sânge. Procedeul cu citrat de sodiu este mult superior primului, pe care dela început l-am părăsit, fiind greu să obținem o bună parafinare a vasului, dar mai ales a aparatului de transfuzie.

După terminarea operației de colectare, se procedează la facerea transfuziei, după metoda obișnuită, a acestui sânge din vas, rănitului dela care a fost adunat, sânge de mare valoare, mai ales atunci, când lipsește orce sursă de înlocuire.

Am încercat a colecta, în aceleași condiții, și sânge dela cadavre proaspete, pentru a-l transfuza apoi imediat rănilor, dar aceste încercări n'au dus la un bun rezultat. In primul rând nu aveam mijloace de extragere. In al 2-lea rând se punea problema stabilirei compatibilității de grup sanguin. Or alt mijloc decât proba direct pe lamă nu aveam, pe care am considerat-o că insuficientă. Așa că aceste dificultăți la care aș mai putea adăuga și nesiguranța cunoștințelor mele în acest domeniu, m'au făcut să renunț la aceste încercări.

Mai jos redau câteva cazuri, dintre cele peste 40, în care am aplicat, cu mai mult sau mai puțin succes, în raport cu cantitatea de sânge colectat, autohemotransfuzia:

1. **Dudui David**, soldat B. 5 V. M., la 15 Iunie, plagă prin schije cu fractura cominutivă, femur stg., treimea inf. cu hematom voluminos. Trat. după 3 ore ligat. vaselor fem. la ieșirea din canal Hunter, imobiliz gipsată. Autohemotransf. directă prin punctionarea hemat., combinată cu transf. indirectă cu sângele colectat în timpul ligaturei vasc. In total circ. 200 cmc.

2. **Vasile Ion**, cap. Reg. 10 R., la 15 Iunie, plagă toraco-abd. cu ruptura splinei. După 1 jum. ore: splenectomie și autohemotransf. directă 200 cmc.

3. **Dinu Marin**, cap. Reg. 9 R., la 1 August, plagă transfix., glonte în treimea sup., coapsa stg. cu fract. fem. și ruptura vaselor fem. hematom. După 3 ore ca la Nr. 1.

4. **Pătru I. Dumitru**, fr. Reg. 9 R., la 10 August, plagă transfix. glonte hemitoracele dr. cu hemotorax mare. La 3 ore: închidere torace și transfuzie directă prin punctionare.

5. **Schuster Samoil**, fr. B. 5 V. M., la 4 Dec.: plagă transfix., flanc stg. cu ruptura splinei și contuzie colon. stg. La 3 ore: splenectomie, înfundarea contuziei colon. autoh. transf. indirectă 300 cmc.

6. **Pastiuc Iosif**, sold. B. 5 V. M., la 4 Dec., plagă transfix., glonte hemitorax stg. Torace deschis și hemotorax mare. La 2 ore: autoh. transf. direct prin plagă, în care timp pleura se suturează în jurul tubului, ca după terminarea transfuziei, să se închidă complect toracele. Se transfuz. 140 cmc.

7. **Ioniță I.**, serg. R. 10 R., la 6 Dec., plăgi multiple membr. inf. stg. cu fract. cominativă a oaselor gambei și plagă sdrobită a piciorului dr. La 2 ore i se face: amputația coapsei stg. din treimea inf. și dezartic. mediotars. dr. Autotransfuzie indirectă 100 cmc.

8. **Todirașcu I.**, B. 14 M. D., la 6 Dec. plagă oarbă, schije triunghi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Scarpa dr. cu hematom enorm. La 3 ore: autoh. transf. directă prin punctionare. ligatura ven. safene, extracția schijei. Transfuzat 100 cmc.

9. **Marin I.**, sold. B. 994, plagă transfix, glonte gamba stg. cu ruperea vaselor tibiale post. și peroniere. La 2 ore: excizie, ligatura vaselor Autoh. transf. indirectă 100 cmc.

10. **Tudorache Nicolae**, fr. R. 9 R., la 4 Dec., plagă schije, treime medie, braț dr. cu distrugerea osului și ruperea pachetului vasculo-nervos. La 2 ore: amputarea brațului din treimea sup. Autoh. transf. indirectă 100 cmc.

Ca încheiere, justific prezentarea acestei comunicări, prin faptul, că din cercetarea literaturei de specialitate pe care am găsit-o, cu surprindere am dedus că nu numai punerea în practică, dar și paternitatea acestei idei îmi aparține numai mie. Desigur pentru punerea în practică, ne-am folosit de mijloacele rudimentare, pe care putea să ni le pună la îndemână o Ambulanță Divizionară, la 15—20 km. în spatele frontului.

Rămâne însă ca viitorul să perfecționeze această tehnică, dacă utilitatea ei va fi aprecîată că merită atâta atenție. Ceace am făcut noi nu se pot considera, decât ca simple încercări în această direcție.

Notă explicativă asupra Rh. Aceste date fiind oarecum recente, îmi îngădui această notă explicativă.

In 1940, Landsteiner și Wiener au identificat în hematiile dela om un nou antigen. Acest antigen a fost numit Rh., dela Macacus Rhesus, pe care făcuseră experiențele. Și se găsește în 85% dintre oameni, indiferent din ce grup sanguin fac parte. Deci din acest punct de vedere, oamenii se împart în 2 categorii: una, cea mai numeroasă, conține antig. Rh. și se numește Rh. pozitiv, iar alta, mai mică, nu are acest antig. și se numește Rh. negativ.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deosebit de important este însă faptul că unii Rh. negativi conțin în serul lor aglutinine anti-Rh., ce le-au dobândit prin aceeași lege generală biologică, în care organismul viu reacționează în prezența unui antigen prin formarea de anticorpi. Și acest antig. Rh. a fost introdus acestor Rh. negativi, fie printr'o transfuzie ant. dela un Rh. pozitiv, fie prin tratarea unei maladii cu ser de convalescent dela un Rh. pozitiv, fie luat de mamă dela fetus, mama fiind Rh. negativ, iar fetusul Rh. pozitiv, acest caracter moștenindu-l dela tatăl său. Deci pe aceste căi la Rh. negativi se introduce antigenul Rh., dela Rh. pozitiv. Organismul reacționează prin producerea de anticorpi, aglutinine anti-Rh. Și în cazul unei transfuzii dela un grup homolog sau dela un 0, dar de Rh. pozitiv, acest Rh. negativ suferă un accident transfuzional, prin aglutinarea hematiilor primite, care accident în majoritatea cazurilor este mortal.

Din cele expuse rezultă că:

Pe lângă determinarea grupului sanguin este necesar și stabilirea categoriei de Rh:

La un individ cu aglutinine anti-Rh. în serul său să nu i se facă transfuzie decât cu sânge Rh. negativ, bineînțeles din grupă homologă sau din O.

La un individ Rh. negativ și fără aglutinine anti-Rh. să i se

facă transfuzie numai dela un Rh. negativ, pentru a nu-i da ocazia de a-şi forma corpi anti Rh., aglutinine. (Aceste date sunt culese în majoritate din Rev. Sanit. Militară, nr. 10—12, an. 1945).

Rezumat. Sub această denumire se înţelege introducerea în aparatul circulator a sângelui pe care un rănit este expus a-l pierde, fie din cauza rănei, fie în timpul intervenţiei chirurgicale.

S'au folosit 2 procedee:

Unul direct, autohemotransf., directă, prin care sângele colectat într'o cavitate a organismului era aspirat şi introdus în vena rănitului prin aparatul de transfuzie.

Altul indirect, autoh. transf, indirectă, prin care sângele era cules într'un vas anume pregătit, de unde era apoi transfuzat rănitului.

O FORMĂ NOUĂ DE INTOXICAŢIE ALIMENTARĂ — PRIN FIERTURĂ DE SEMĂNŢE DE CÂNEPĂ —

LAPTELE BOULUI

de

M. CÂNCIULESCU

Cazul este publicat în cadrul Cronicei medicale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SEPTICEMIE STREPTOCOCICĂ CU SYNDROM AGRANULOCITAR. PENICILINOTERAPIE VINDECARE

de

Doc. D-r M. CÂNCIULESCU şi D-r M. PARASCHIVESCU

Febra Pappataci, care a bântuit cu atâta furie în vara anului 1946, în Oltenia, nu are propriu zis complicaţii. Totuşi ea a vădit de multe ori că nu este chiar atât de inofensivă, în numeroase cazuri dând în legătură cu cazierul patologic al pacientului redeşteptări de maladii latente; alteori, în legătură cu geniul epidemic, predispoziţie, constituţie debilă a pacientului, se poate vorbi şi în febră pappataci de complicaţii foarte grave, de stări morbide a căror apariţie nu poate fi explicată decât prin debilitarea unui organism de către această febră.

Un astfel de caz este şi acel ce-l descrim mai jos, instructiv şi din acest punct de vedere, cât şi din considerentele ce se leagă de el, în legătură cu tratamentul aplicat.

Observ. clinică. — D-na El. Dăn., profesoară, etate 36 ani, face la 7 Sept. 1946, după ce soţul său şi o fetiţă de 6 ani, se îmbolnăviseră la fel, o febră pappataci cu simptomatologia ei caracteristică la toţi trei: debut brusc, cefalee, temperatură până la 39 grade, dureri generalizate, în special lombare şi tibiale, globi oculari dureroşi, greaţă, limba saburală şi cu mersul la fel de caracteristic; după tratamentul simptomatic obişnuit, şi odată cu vindecarea soţului şi fetiţei sale în ziua 3-a, o ameliorare foarte accentuată, ceea ce i-a permis chiar în acea zi — la 9 Sept. — să-şi reia parte din ocupaţiile casnice. In după amiaza zilei însă, la 9 Sept. 1946, bolnava face brusc un frison destul de puternic 1—1½ oră, după care temperatura se urcă brusc până la 39 grade, bolnava având stare generală rea şi dureri la deglutiţie. Este văzută de un medic care-i prescrie — constatând pe lângă o dublă amigdalită eritematoasă şi splenomegalie, atât chinină cât şi prontozil, din care bolnava ia în noaptea de 9 Sept. 4 compr. à 0,50 gr., făcându-i-se în dimi-

neaţa zilei de 10 Sept. şi o injecţie cu 5 cmc. prontozil. La 10 Sept. dim., este văzută de noi şi din nou la 11 Sept., menţinându-se tratamentul cu chinină. Bolnava este în plină febră din ziua de 9 Sept., remitentă cu frisoane ce se repetă de două ori în 24 ore, cu temperatura dela 37,4—39,5, fiecare frison fiind urmat de transpiraţie destul de accentuată, curbatură şi dureri la deglutiţie.

Obiectiv: Bolnava pală, febrilă, 38 gr. Nimic pulmonar, cord normal, orificial, tachicardie (120)), un puls plin, regulat. T. A. normală. Limba saburală. Dublă amigdalită eritematoasă, foarte accentuată mai ales în stânga. Gingivită pronunţată cu eroziune a lizereului. Splina percutabilă dela C. 7 pe linia axilară, uşor palpabilă. Nimic deosebit în rest, în afară de câteva mici pustule pe gambe. Se ia sânge pentru diferite analize şi se institue ca tratament chinina în injecţie de 0,50 gr. intramuscular, două pe zi pe lângă tratamentul necesitat de starea bolnavei ca: gargarisme, badijonări, etc.

La 12 Sept., starea infecţioasă a bolnavei mult mai accentuată: facies alterat, adinamie, aceleaşi frisoane ca în zilele anterioare, temperatura de tip intermitent (36,8—39,5), perioada de febră durând însă circa 10—12 ore şi transpiraţii. Nimic obiectiv în plus sau minus faţă de cele constatate anterior. In sângele examinat (priză la 11 Sept.) se constată absenţa hematozoarului şi spirilei Obermayer, globule roşii 3.900.000, globule albe 3400 pe mmc., cu limfocite 22%, monocite 41%, polin. 35%, eozinoph. 2%, (Pul. 2378,80 D-r Hirsch).

La 12 Sept., examenul pentru globule albe dă 3200 pe mmc., cu limfocite 34%, monocite 45%, polinucleari 20%, eosinofile 1%, şi din nou malaria absentă (Bul. 2384—85/1946, (D-r Hirsch).

In faţa acestor date se ia sânge pentru hemocultură şi în acelaşi timp apreciind că starea bolnavei este net infecţioasă şi că această infecţie, după mersul clinic arăta o tendinţă netă şi foarte rapidă de accentuare; se hotărăşte instituirea penicilino-terapiei, de sulfamide nemai putând fi vorba, dat fiind sindromul agranulocitar prezentat de bolnavă net accentuat de asemenea dela o zi la alta, atât ca No. de globule, cât mai ales ca formulă.

Se începe în dimineaţa zilei de 13 Ian., administrarea de penicilină, în injecţii intramusculare de 20.000 unităţi la 3 ore, suprimându-se orice alt tratament, cu toate că laboratorul dăduse ca prim rezultat al hemoculturei negativ, după 24 ore dela însămânţare (Bul. 2388/1946, D-r Hirsch).

In starea bolnavei survine chiar după primele două injecţii o ameliorare netă, se administrează un total de 200.000 unităţi.

Temperatura scade în ziua de 14 N-brie şi se menţine sub 37°, starea generală se ameliorează de asemenea rapid, amigdalita şi gingivita se vindecă.

Intre timp, la 14 N-brie, laboratorul comunică un nou rezultat al hemoculturei, în care la 48 ore dela însămânţare creşte streptococ în lanţuri scurte (Bul. 2399/1946).

La 18 N-brie, totul intră în normal, bolnava reluându-şi ocupaţiile după ce face şi un tratament cu Campolon în injecţii.

Sângele controlat arată la 14 N-brie, globule albe 6100 pe mmc., cu 57% polinucleare, iar la 20 N-brie 6700 globule albe, cu formula quasi normală (Polinucleare neutrof. 60%, eosine 2%, bazof. 1%), formula Arneth normală; de asemenea şi coagulabilitatea şi viteza de sedimentare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din considerrentele ce se pot face asupra acestui caz, pe lângă cele expuse mai sus, privind apariţia streptococemiei în legătură indubitabilă cu febra pappataci, stăruim în primul rând asupra prezenţei sindromului agranulocitar în cursul acestei streptococemii tratată iniţial prin sulfamide roşii.

Amintim că agranulocitoza este cunoscută şi frecvent semnalată de numeroşi autori după întrebuinţarea sulfamidelor ca: Putkonen în 1938 (Monde Médicale), Al. Vasilescu şi C. Daniel în 1941 şi G. Constantinescu şi M. Miulescu în 1941 (Rom. Med.), Tzanck şi Arnous în 1939, Flandin, Decourt şi Pellerat în 1946 (în P. M.), etc., toţi arătând că prezenţa acestui grav sindrom printre accidentele toxice ale sulfamido-terapiei necesită — la instituirea şi în timpul ei — control des al tabloului sanguin. Recent, Duvoir Poellet şi Gaultier (Presse Méd. 1946), descriu un caz de streptococemie tratată iniţial fără succes prin sulfamide în doze masive şi complicată la 5 zile după oprirea sulfamido-terapiei cu o agranulocitoză totală, rapid instalată, vindecată totuşi prin transfuzii şi nucleotide pentozice, odată cu penicilinoterapia. Aceasta li se pare totuşi c'a avut o eficacitate indirectă asupra agranulocitozei, ameliorându-i turburările infecţioase. Tzanck socoteşte de asemenea că trebue să te gândeşti la o infecţie în agranulocitoză, penicilina fiind astfel foarte indicată.

Am amintit cele de mai sus nu atât pentru a face legătura în cazul nostru între sulfamidoterapia iniţială şi prezenţa sindromului agranulocitar, constatat de noi, sau între acesta şi infecţia streptococică prezentă de sigur încă dela administrarea sulfamidelor, cât pentru a releva încă una din caracteristicele cazului, oricare din interpretări fiind admisibilă în cazul de faţă. Noi înclinăm pentru prima, cu toată cantitatea relativ mică de sulfamide administrate, în acest caz fiind vorba desigur şi de o intoleranţă a bolnavei evidenţiată în cazuri similare de Tzanck. De altfel bolnava declară c'a mai luat anterior sulfamide care i-au produs totdeauna o stare generală rea, cu simptome de anemiere. Şi le-am amintit mai ales pentru a complecta cazul cu toate problemele prezente atunci când a fost vorba de instituirea penicilinoterapiei.

In adevăr se poate spune chiar în prezent că penicilina nu este absolut indispensabilă în streptococii, cum e cazul pentru alt grup de boli, streptocociile cedând deseori foarte bine la sulfamide.

De multe ori însă penicilina este şi pentru streptococi medicamentul la care trebue să se recurgă, ca de exemplu acelea de sulfamido-rezistenţă sau atunci când „sulfamidele sunt rău tolerate sau chiar periculoase prin tare viscerale, debilitatea bolnavului", (Huriez, Jean Leporque).

Iar cazul de mai sus, cu prezenţa sindromului agranulocitar este tocmai din acelea în care oricare ar fi mecanismul acceptat pentru acest sindrom, sulfamidele rămân strict contra-

indicate, penicilina fiind astfel singurul tratament ce poate fi întrebuinţată pentru salvarea bolnavului.

Insfârşit, în legătură cu doza de penicilină în atari cazuri se recomandă în general doze masive, prelungite. Astfel Bethous între alţii publică în „Presse Médicale", 1946, un caz de septicemie cu streptococ hemolitic, în care a întrebuinţat dela început doze masive de 2—400.000 unităţi zilnic, ajungând la 7.000.000 unităţi în 20 zile de tratament. Remarcăm că în cazul de faţă doza totală în care a trebuit să ne oprim din anumite motive a fost de 200.000 unităţi, destul de mică relativ, suficientă totuşi pentru vindecare, poate şi prin precocitatea administrării penicilinei.

Făcând această ultimă remarcă amintim totuşi odată cu ea şi cele publicate de unul din noi într'un număr anterior al acestei reviste (D-r Cânciulescu), că dozele de penicilină insuficiente, prea distanţate şi nu îndeajuns de prelungite ar putea să aducă o întoarcere ofensivă crescută a toxi-infecţiei, cu flexarea mijloacelor de auto-apărare ale organismului.

Laboratorul de Toxicologie al Institutului Medico-Legal „Prof. Dr. Mina Minovici" Bucureşti.

UN CAZ RAR DE OTRĂVIRE ACCIDENTALĂ CU CARDIAZOL

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de

Prof. D-r N. I. IOANID şi D-r G. D. BORŞ

Deşi cardiazolul, a fost descoperit în 1925 [1]) şi introdus în terapeutică în acelaşi an de către Hildebrandt [2]), otrăvirile cu această substanţă sunt extrem de rare şi sunt datorite sinuciderilor sau otrăvirilor accidentale de natură medicamentoasă.

Odată intrat în practica medicinei interne, în urma cercetărilor făcute, s'a constatat că eliminarea cardiazolului se face integral prin urină.

Esser şi Kühn [3]) sunt primii autori care se ocupă de un studiu complect asupra otrăvirilor cu cardiazol (1933), amintind totodată şi cazul unui laborant dintr'o clinică, care din motive de ordin sentimental, ingerează în scop de sinucidere 100 cmc. soluţie cardiazol 10%. Cu toate îngrijirile date, individul sucombă la 1 oră dela ingestie. Autorii după identificarea toxicului din organe, fac şi repartiţia toxicului pentru fiecare organ în parte. Astfel cea mai mare cantitate de cardiazol ce s'a găsit în organe, făcând abstracţie de conţinutul stomacal şi stomac, se regăseşte în urină, ficat, rinichi şi apoi în cantităţi mai mici aproape în toate organele.

Schulte [4]) propune o metodă pentru cercetarea cardiazolului în urină şi sânge.

Autorul defecă urina cu o soluţie 20% acetat de plumb, după filtrare se agită lichidul — în prezenţa unei soluţiuni saturate de sulfat de amoniu — cu cloroform.

După îndepărtarea lichidului extractiv, în reziduu se identifică cardiazolul.

Pentru cercetarea cardiazolului în sânge se ia serul sanguin, se diluiază cu apă şi se tratează după acidulare cu acid clorhidric, cu o soluţie saturată de sulfat de amoniu. Prin agitare cu cloroform se extrage cardiazolul în stare destul de pură.

După Vass [5]) cardiazolul nu este descompus de către organism, eliminarea făcându-se integral prin urină.

Lepper [6]) în urma cercetărilor experimentale făcute pe animale, a regăsit în urină cantităţi mici de cardiazol, ceea ce l-a determinat a presupune că substanţa s'ar elimina într'o formă combinată care ar scăpa identificărei chimice.

Ca doză terapeutică se indică 0,10 gr. cardiazol, de 3—4 ori pe zi, la nevoie chiar la fiecare oră. Despre doza mortală la oameni nu se cunoaşte nimic precis.

Hildebrandt (loc. cit.) presupune că doza de 30—40 mg. pe kgr. animal, inejctată subcutan, ar avea aceiaşi acţiune tipică de convulsiuni foarte asemănătoare cu convulsiunile provocate de picrotoxină şi că fenomenele toxice s'ar produce la şobolani şi cobai după o injecţie subcutanată de 10 mg. pe 100 gr. animal. La scurt interval dela injecţie apar primele fenomene caracterizate prin accelerarea respiraţiei, nelinişte, iar după câteva minute apar crampe puternice, întrerupte de pauze scurte, după care animalul revine la normal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In doze mai mari (15 mg./100 gr.), accesele succed foarte repede şi animalul moare la 20 minute după injecţie. Subcutan, cardiazolul acţionează mai lent decât administrat intravenos.

Administrat pe cale bucală, doza maximă atinge (după cercetările făcute pe animale) dublul cantităţii administrate subcutan.

Doza toxică ar trebui apreciată la îndoitul dozei ce provoacă crampe, aşa că doza minimă mortală ca aplicaţie perorală ar fi pentru omul de 65 kgr. greutate cam 8 gr. Cardiazol pur (80 cmc., cardiazol soluţie 10%).

Pentru identificarea cardiazolului extras din organe s'a propus metoda chimică.

Pentru cercetarea chimică după Esser şi Kühn[7]) se procedează astfel: organele fin divizate se extrag în mai multe rânduri cu alcool în mediu slab acidulat cu acid sulfuric. Extractul obţinut prin evaporare se reia cu apă şi alcool, iar după filtrarea şi evaporarea alcoolului se procedează la fel de 2 ori, spălând bine de fiecare dată filtrele şi reziduile. Soluţia astfel purificată, are reacţie slab acidă, iar după concentrare se extrage de 3 ori prin agitare cu cloroform. Soluţiile extractive după filtrare se deshidratează pe sulfat de sodiu, etc. După evaporarea solventului rămâne un reziduu colorat în galben.

Pentru purificare se reia reziduul cu apă, iar după alcalinizare se extrage din nou cu cloroform care de data aceasta lasă un reziduu absolut pur, care poate fi dozat prin cântărire.

In cazul când nu se poate obţine un produs pur (cum ar fi cazul extrasului din intestine) se poate identifica şi doza prin transformare în combinaţie cu sublimat, după recristalizări repetate din alcool fierbinte.

Recent Fühner[8]) a propus pentru identificarea cardiazolului, experimentarea fiziologică, prin injectarea în sacul limfatic toracic la broască şi subcutan la şoareci.

După intensitatea fenomenelor pe care le prezintă animalul, se poate determina doza minimă mortală de cardiazol faţă de broască şi şoarece. Raportul de eficacitate dela broască la şoarece este foarte caracteristic pentru Fühner şi a fost numit de autor „Indexul şoarece-broască", şi care a fost stabilit pentru cardiazol la 3,3—3,7.

In ceea ce priveşte dozarea cardiazolului în organe s'au propus fie cântărirea rezidiului extras din organe după metoda amintită mai sus, fie prin transformarea cardiazolului în produs de adiţie cu $HgCl_2$.

Dacă metoda cu sublimat corosiv este aplicabilă la dozarea cardiazolului, ca substanţă pură, pentru cel extras din organe nu, fiindcă cercetările lui Esser şi Kühn (loc. cit.) făcute pe organe cărora li s'a adăugat cardiazol, au dovedit că din cauza purificărilor succesive a produsului de adiţie, se pierd cantităţi destul de mari de otravă.

Autorii au propus recuperarea cardiazolului, din produsul de adiţie cu sublimat, prin tratarea combinaţiei în apă distilată fierbinte, cu hidrogen sulfurat, filtrarea precipitatului de sulfură de mercur rezultată şi extragerea cardiazolului cu ajutorul cloroformului.

Acţiunea putrefacţiei a fost de asemeni studiată, asupra animalelor moarte, în urma otrăvirei pe cale bucală cu cardiazol. Cercetarea toxicului s'a făcut atât în organele conservate la frigorifer, cât şi asupra celor ţinute sub clopot de sticlă la 25—30°.

Astfel, administrând bucal la cobai 0,20 gr. cardiazol, după 4 săptămâni dela moartea animalului şi conservare a organelor în frigorifer s'a găsit 0.0145 gr. cardiazol.

Cardiazolul rezistă destul de bine la acţiunea putrefacţiei înaintată. Astfel, administrând bucal 0,20 gr. cardiazol, unui cobai, acesta moare, iar după 5 săptămâni de putrefacţie sub clopot de sticlă la 25—30°, s'au găsit 0,0120 gr., iar în alt caz administrând cardiazol injectat 0,05 gr. după 5 săptămâni de putrefacţie s'au găsit 0,0090 gr. cardiazol.

In ambele cazuri, cercetarea şi dozarea toxicului s'a făcut asupra animalului în întregime, prin cântărirea rezidiului purificat, rămas dela extracţia toxicului din organe.

* * *

In cazul pe care îl descriem este vorba de o otrăvire accidentală cu cardiazol.

Copilul R. I. (Chim. dos. 125/1944) în etate de 3 ani jucându-se prin casă cu un flacon cu Cardiazol — medicament pe care îl întrebuinţa tatăl său — într'un moment de neatenţie a părinţilor, copilul ingerează complect conţinutul flaconului (10 gr. Cardiazol soluţie 10%).

Din comemorative nu rezultă timpul scurs dela ingerare şi până la deces, însă moartea s'a produs în aceiaşi zi.

La autopsie se constată: Inima este puţin hipertrofică. Miocardul este de consistenţă moale, iar muşchiul este gălbui. Pe faţa superioară a valvulelor mitrale se văd granulaţiuni abundente mici cenuşii, aderente şi destul de rezistente.

Mucoasa stomacală are culoare palidă. Parenchimul ficatului este colorat în roşu brun deschis. La restul organelor nimic de semnalat.

Cercetarea Cardiazolului în organe s'a făcut conform metodei Stas-Otto, iar identificarea toxicului s'a făcut dupe punctul de fuziune (+ 175°), al produsului de adiţie, dintre Cardiazol şi sublimatul corosiv. Dozarea s'a făcut prin cântărirea rezidului rămas dela extracţie cât şi prin cântărirea Cardiazolului obţinut prin descompunerea produsului de adiţie cu sublimat, iar rezultatele obţinute se găsesc trecute în tabelul de mai jos.

No.	Organe sau humori	Cantităţi luate în lucru	Cardiazol găsit raportat la 100 gr. Organ	
			Prin cântărirea rezidiului dela extragerea cu cloroform.	Prin cântărirea Cardiazolului, obţinut din descompunerea produsului de adiţie (HgC12)
1	Conţinutul stomacal	50 gr	0,0652	0,0392
2	Stomac	„ „	0,0362	0,0129
3	Ficat	„ „	0,0098	0,0032
4	Rinichi	„ „	0,0032	0,0020
5	Intestine şi conţ	„ „	— —	— —
6	Splină	„ „	0,0018	0,00 0
		Total . . .	0,1162	0,0583

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Reiese din cele de mai sus că: toxicul poate fi regăsit în toate organele. Metoda de extracţie dă rezultate bune şi prin purificare se pierde mai mult de 50% din produs.

BIBLIOGRAFIE

Schmidt F. K.: Klin. Wschr. 1678, 1925. — *Hildebrandt:* Arch. f. Exper. Phat. 116, 100, 1926. — *Esser A., Kühn A.:* Arch. f. Exper. Phat. und Farmacol. 171, 284, 1933. — *Schulte M. I.:* Pharm. Wekbl. 75, 386, 1938. — *Vass:* Arch. Exper. Phat. 118, 259, 1926. — *Lepper.:* Arch. f. Exper. Phat. 122, 362, 1927. — *Esser A., Kühn A.:* Deutsch. Zeitsch. Ger. Mediz. 21, 474, 1933. — *Fühner:* Arch. Pharmac. 269, 176, 1931, Archiv. f. Exper. Phat. 166, 437, 1932; Deutsch. Mediz. Wschr. 1408, 1029, 1727, 1930; Nachweiss und Bestimung von giften auf Pharmakol. wege. Abderhaldens Handbuch. Abt. 1V, T. 7.

Un cas rare d'empoisonnement par le Cardiazol par Prof. D-r N. I. Ioanid şi G. D Borş.

Les auteurs, après avoir mentionné les cas rares d'empoisonnement par le Cardiazol — qui se trouvent dans la litterature — ainsi que les méthodes d'extraction et de dosage, exposent l'empoisonnement accidentel suivi de mort d'un enfant.

L'extraction du toxique des viscères a été pratiquée d'aprés la méthode de Stas-Otto modifiée par E. Kohn-Abrest, et identifiée d'après le P. F. (+175⁰) du complexe $HgCl_2$-Cardiazol. Ce complexe est decomposé et le Cardiazol mis en liberté, est dosé après extraction par pesée.

La repartition du toxique dans les viscères suivant la concentration, est: estomac, foie, reins et râte.

L'extraction du toxique est quantitatif mais les pertes surviennent pendant la purification du produit extrait du complexe, pertes qui peuvent monter jusqu'a 50%.

Ein seltener Vergiftungsfall durch Cardiazol. von Prof. D-r N. I. Ioanid und D-r G. D. Borş.

Nachdem die Autoren die seltenen in der Literatur gefundenen Vergiftungsfälle durch Cardiazol, wie auch die Methoden zur Extraktion und Dosierung auführen, beschreiben sie den Vergiftungsfall mit tödlichen Ausgang eines Kindes.

Die Extraktion aus den Organen wurde nach der Methode Stas-Otto, die von E. Kohn-Abrest umgeändert wurde, ausgeführt. Identifiziert wurde durch den Sehmelzpunkt (+175⁰) des Komplexes, welchen das Cardiazol mit $HgCl_2$ bildet. Die Dosierung wurde grawimetrisch nach der Zersetzung des Komplexes ($HgCl_2$-Cardiazol) und Extraktion des Cardiazols ausgeführt.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Die Verteilung in den organen in fallender Ordnung ist: Magen, Leber, Nieren, und Milz.

Die Extraktions-methode gibt gute Resultate, aber beim reiniger gehen ungefähr 50% der Substanz verloren.

Lucrare din Clinica Ftiziologică din Cluj
Director: Prof. D-r L. Daniello

CHISTE AERIENE PULMONARE LA UN SIFILITIC CU SCLEROZĂ SISTEMATIZATĂ BILATERALĂ

de

D-r OCT. BORCOMAN şi **D-r A. PUŞCARIU**
Medic primar—Sibiu Medic primar—Tg.-Jiu

Prin afecţiunile insuficient cunoscute ale aparatului respirator este şi chistul aerian, cunoscut în literatură cu diferite numiri: chist gazos, chist congenital, chist bronho-pulmonar, limfangiectazie congenitală (Gravitz) chist fetale (Klebs şi Wirkow), adenom al plămânilor (Heller), atelectazie bronsiectazică (Storrks), stare lacunară etc. Multă vreme această boală a fost considerată mai mult ca o

curiozitate anatomică cu importanță redusă în patologia aparatului respirator și medicina practică. In ultimele decenii examenul radiologic a făcut că numărul cazurilor de chiste aeriene să crească. Din literatura pe care am putut-o consulta rezultă că până în 1940 erau publicate aproximativ 400 cazuri de chisturi aeriene. In literatura românească am găsit publicate patru cazuri de chiste aeriene pulmonare (Ursache, Hobozianu, Rusu); la „Societatea Științelor Medicale" Cluj, Sibiu în 1943, Profesorul D-r Daniello și D-r N. Bumbăcescu au comunicat șapte cazuri de chiste aeriene observate în Clinica Ftiziologică; iar Prof. Băltăceanu etc. (o complecta cu).

Având în vedere raritatea acestei boli și posibilitatea de confuzie cu afecțiuni cronice în deosebi tuberculoza, am socotit că nu este lipsit de interes să facem cunoscut aci un nou caz de chiste aeriene multiple ale plămânului asociat cu o scleroză sistematizată bilaterală de natură luetică.

S. S., 42 ani, casnică, se internează în clinică la 1 N-brie 1944, pentru cefalee nocturnă, care datează de aproape 20 ani, dureri toracice, dispnee, tusă rebelă, mai accentuată în timpul nopții, însoțită de expectorație sero-mucoasă, adeseori striată de sânge.

Antecedente heredocolaterale: o soră și două nepoate au urmat tratament antiluetic, în cele personale tifos exantematic la 14 ani, scarlatină la 15 ani, iar dela 16 ani bronșită repetată și pelagră. Menstruată la 19 ani, a avut două nașteri și cinci avorturi spontane.

Boala actuală a început înainte cu 25 ani cu ușoare dureri toracice, cefalee, tuse seacă, discretă dispnee de efort.

După un an dela începutul bolii, în timpul unei chinte de tuse, expectorează aproximativ 60—100 cmc. sânge. Internată într'un spital, nu i se constată pulmonar nimic deosebit, și după câteva zile de internare este sfătuită să-și reia ocupația. Simptomele de mai sus s'au repetat intermitent timp de 20 ani. In ultimii patru ani, tusea este mai accentuată cu deosebire noaptea, are spute sanghinolente mai des, dispneea se accentuează la cele mai mici eforturi, iar cefaleea nu-i permite să se odihnească, motiv pentru care consultă un medic care o îndrumă la clinică cu diagnosticul de tuberculoză pulmonară.

La **examenul clinic** se constată următoarele: bolnavă de statură potrivită, tegumentele normal culorate cu excepția mâinilor și picioarelor care sunt mai pigmentate (pelagră la țesutul celulo-adipos și muscular normal reprezentat micropoliadenie, afebrilă, starea generală satisfăcătoare.

Reflexele rotuliene diminuate, iar cele pupilare mai leneșe.

Căile respiratorii superioare libere. Excursiile respiratorii mai reduse în stânga. Sonoritatea cu o tonalitate ceva mai ridicată asupra hemitoracelui drept și submatitate în două treimi inferioare a celui stâng. La auscultație în dreapta respirația aspră cu expirul prelungit, iar în stânga respirația este diminuată cu multiple raluri uscate.

La **examenul radiologic** se constată următoarele: în ambele câmpuri pulmonare o serie de formațiuni umbroase în bande liniare care pleacă dela hil către bază, regiunea laterală și vârf. Aceste formațiuni umbroase se întretae în toate sensurile, delimitând cu deosebire în stânga, o serie de imagini ovalare și policivlice, de diferite mărimi, a căror pereți se întretae

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ici colo. Toate aceste formaţiuni sunt înconjurate de „halouri" umbroase — congestive — care însoţesc bandele şi imaginele circulare descrise. Pe secţiunile tomografice se evidenţiază cu deosebire în regiunea peri infrahilară. stângă, formaţiuni circulare având mărimea unor cireşe cu pereţii foarte fini.

Din partea celorlalte organe nu se constată nicio alteraţie patologică.

La **examenul de laborator** se constată următoarele: In urină, albumină fără alte elemente patologice. In spută, B. K. absent atât în frotiu direct cât şi după o mogenizare; însămânţările pe medii de cultură cât şi inocularea la cobai au rămas negative. Viteza de sedimentare: 20 la 1 h., 48 la 2 h. (Westergrenn). Reacţia la tuberculină negativă. Reacţia Wasser-8mann în sânge şi licidi cefalo rachidian intens pozitivă.

Ţinând seamă de antecedente, stare generală bună, absenta B. K. examen radiologic şi de laborator, am făcut diagnosticul de: Chiste aeriene şi scleroză sistematizată de natură luetică.

Pentru acest motiv am început un tratament antiluetic (o singură serie) asociat curei de repaos şi am constatat în afară de ameliorarea simptomelor subiective o transparenţă mărită a câmpurilor pulmonare, cu dispariţia „halourilor" umbroase evidenţiindu-se astfel şi mai bine bandele liniare şi formaţiile circulare descrise.

Este în cazul de mai sus vorba de chiste aeriene congenitale pe care ulterior s'a suprapus un lues, sau aceasta stă la baza malformaţiunii chistice?

In cazul nostru este greu de precizat dacă ne aflăm în faţa unui lues ereditar care a dat naştere la malformaţiuni chistice şi scleroză, sau pe acestea să se fi grefat un lues câştigat.

Patogenia chistelor aeriene nu este încă unitară. Cei mai mulţi autori sunt de părere că chistul ia naştere dintr'un proces displazic al sistemului bronsic care are lor în timpul vieţii intrauterine înainte de luna VI-a, fie prin hipoplazia ţesutului elastic care nu mai susţine bronşia, care se invaginează, sau prin hiperplazie celulară care invadează ţesutul interstiţial, dând naştere unor neoformaţiuni diverticulare plecate dela cavităţile preexistente, pe care le lărgesc în aşa fel în cât ţesutul pulmonar pare că rămâne în urmă cu desvoltarea sa faţă de proliferarea bronşică (Gracia şi Coubarer). După expresia lui Hutinel pare că „organismul construeşte bronşii acolo unde ar trebui să facă alveole".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După Debré şi Gilbert, chistele aeriene n'ar constitui decât forme mai exagerate ale unei bonşiectazii. Aceşti autori se bazează în deosebi pe faptul că istologia chistelor aeriene este acea a sistemului bronşic (adventiţie, strat conjuctiv, fibre muşculare netede, fibre elastice, mucoasă cu cili). Mulţi autori descriu cazuri, în care bronşeectaziile şi chistele aeriene se întâlnesc în continuitate pe aceaşi zonă a ţesutului pulmonar (Bogliani, Diamond, Durham, Mayer şi Rolfs).

In afară de cele amintite mai sus în formarea chistelor mai intervin şi alte cauze. După cei mai mulţi autori sifilisul ereditar sau câştigat (în perioada terţiară) joacă un rol deosebit.

Balzer şi Grandhomme încă în 1886 insistă asupra chistelor sub formă de mari bronsiectazii sau chiste multiple mici în plămânul eredosifiliticilor.

Formele anatomice sub care-l întâlnim, în perioada terţiară, la

nivelul plămânilor după Kirwod R. C. sunt: a) forme unice sau multiple, b) bronhopneumonie acută sau cronică (Ftizia sifilitică) c) pleurezii unii sau bilaterale, d) scleroză peribronşică difuză.

Aceasta din urmă formă este cea mai comună dintre manifestaţiile pulmonare, în special în luesul câştigat, ia fiind caracterizată printr'o scleroză sistematizată neantracetică, mai mult peribronşică de cât perivasculară, complicată aproape întotdeauna cu leziuni bronşice şi procese inflamatorii cronice.

Mai târziu când procesul scleros a ajuns să determine distrucţii însemnate ale armăturii bronsice apar dilataţii ale conductelor aeriene chiar şi chiste.

Sergent şi Benda studiind formele bronşice ale sifilisului terţiar ajung la concluzia că el nu respectă nici bronşiile mari şi nici chiar traşea, şi este însoţită de scleroză peribronşică.

Dacă acesta din urmă este suficient de pronunţată poate să determine dilataţii chistice mici, multiple, al căror perete dacă se rupe poate să dea naştere la cavităţi chistice mari unice sau multiple.

Lettulle studiind leziunile anatomo-patologice în luesul pulmonar, de asemenea insistă asupra importanţei alteraţiilor pereţilor bronşici în procesele de scleroză perilobulară.

Simptomele clinice a cazurilor de chiste aeriene cu scleroză sistematizată de natură sifilitică sunt comune atât chistelor cât şi sclerozei sifilitice. La aceasta din urmă, în cazurile puţin exprimate, simptomatologie se traduce prin: tusă fără expectoraţie, oboseală, dispnea la efort şi modificări fizice reduse. In cazuri mai avansate tuşea devine tenace, aproape expectoraţie mucopurulentă, uneori cu striuri de sânge, dureri retrosternale iar la examenul fizic semnele spetacustice sunt mai pronunţate. Radiologic este caracterizată printr'o serie de formaţiuni umbroase în bande liniare care pleacă dela hil spre baze, regiunea laterală şi mai puţin spre vârf.

Simptomatologia chistelor aeriene este extrem de variată. Multe din ele nu se trădează prin niciun semn, fiind descoperite incidental cu ocazia unui examen radiologic făcut în serie sau pentru o altă boală.

In chistele mari, dispneea şi cianoza constituesc semne importante, la care se adaogă uneori tulburări în ritmul excursiilor respiratorii ale toracelui. Dacă se infectează sau supurează, semnele subiective şi generale sunt cele întâlnite în procesele supurative. Alteori hemoptiziile repetate sunt singurele semne ale unui chist (Bariety, Julien-Marie).

Datele examenului fizic în chistele aeriene, sunt variate după cum ne găsim în faţa unui chist solitar sau multiplu, umplut cu lichid sau gaz, steril sau infectat, în legătură cu bronşia sau fără comunicaţie, realizând sindrome clinice a căror semne fizice sunt asemănătoare cu a celor din bronşiectazii, bronşita cronică, abces, pneumotorace empiem pleural etc.

Aspectul radiologic este foarte variat, după cum ne aflăm în faţa unui chist umplut cu lichid sau gaz. In cazul chistelor gazoase, se pun în evidenţă formaţiuni circulare sau poliedrice de mărimi diferite, care se întretae între ele, având un contur fin. Examenul tomo-

Biblioteca Universitară "Iaşi"

grafic ne furnizează date foarte importante şi de multeori absolut necesare pentru precizarea diagnosticului, mai ales în cazuri de chiste mici şi mijlocii. Lipiodolul ne poate ajuta în unele cazuri însă nu ne descopere toate chistele aeriene fie din cauza sistemului bronşic alterat, sau când bronşia nu comunică cu chistul.

Când sclerozei i-se suprapun şi chistele aeriene, simptomatologic acestora de naştere la tablouri clinice greu de diferenţiat.

Diagnosticul acestor cazuri cu toate semnele amintite este extrem de dificil. Asupra sifilisului ne atrage atenţia o tuse chinuitoare cu caracter necturn, acompaniată de dureri retrosternale R. V. pozitiv, dispnee, cianoză, care nu corespund semnelor fizice reduse, lipsa constantă a B. K. şi o stare generală relativ bună. Chistele în aceste cazuri, se traduc în simptome pe care le împrumută altor procese patologice dela nivelul aparatului respirator (bronşiectazii infectate sau neinfectate, supuraţii pulmonare, caverne bacilare etc.) sau nu au nici o simptomatologie, fiind descoperite incidental cu ocazia examenului radioscopic sau tomografic, aşa cum am pus în evidenţă şi în cazul nostru. In aceste din urmă cazuri, diferenţial, pot fi cântărite numai aspectele radiologice asemănătoare pe care le întâlnim în pneumotoracele spontan, bule gazoase de emfizem, chiste hidatice evacuate, abcese, pleurezii inchistate etc.

De pneumotoracele spontan se deosebeşte prin absenţa bontului pulmonar, menţinerea nemodificată timp îndelungat a pungii aeriene, presiuni pozitive la manumetru etc., (prin existenţa unui moment dramatic în evoluţia clinică a cazului).

Faţă de caverna tuberculoasă de accesul pulmonar, pleurezia inchistată, bronşectazii mari, chiste hidatice vidate etc., istoria clinică, semnele fizice, examenul de laborator şi reacţiile biologice ne sunt de mare ajutor şi în majoritatea cazurilor ne clarifică asupra diagnosticului. Mai greu este diagnosticul diferenţial cu bulele gazoase gigante de emfizem care pot imita întru totul tabloul clinic şi radiologic al chistului aerian. De multe ori numai autopsia poate diferenţia aceste două afecţiuni, prin faptul că pereţii bulelor de emfizem nu au caracterele anatomice ale chistului aerian. De aceea mulţi autori spun că în practică aceste două afecţiuni se confundă între ele.

Chistele aeriene mici, multiple, (mai ales când sunt localizate în lobul inferior) se confundă cu emfizemul bulos care dă vezicule rotunjite asemănătoare tabloului polichistic, însoţite de dilataţii bronşice. Acestea după un autor, nu sunt de cât o miniatură a chistelor aeriene multiple, congenitale. (Bonn, Debre şi Gilb).

In ce priveşte diagnosticul diferenţial al sclerozei sifilitice, intră în discuţie toate sclerozele de altă natură (T. B. C., silicozele etc). Profesiunea bolnavului, istoria clinică, reacţiile de laborator ne clarifică în majoritatea cazurilor.

Prognosticul quoad vitam este bun.

Tratamentul în aceste cazuri se reduce la terapia obişnuită. Chistele în cazul nostru nu necesită un tratament mai deosebit, în cazul când sunt infectate se aplică aceaşi terapie ca şi în bronşiectaziile infectate şi în supuraţiile pulmonare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONJUNCTIVITĂ VACCINALĂ

de

D-r V. BOTA

Conjunctivita vaccinală, precum se ştie se iveşte la copiii vac- o semnalează ca o afecţiune foarte rară, noi credem însă că raritatea se datoreşte faptului că nu toate conjunctivitele vaccinale sunt văzute şi consultate de medicii oculişti, ci multe le observă medicii sanitari, medicii de circumscripţie, şi mai multe trec neobservate, nevăzute de medici căci simptomele de cefalee, febră, edeme ale pleoapelor, pustulă vaccinală pe conjunctivă sau pleoapă etc., sunt considerate de mame ca fenomene care fac parte din cortegiu simptomatic a pustulei vaccinale însuşi. In fine alte conjunctivite vaccinale sunt văzute şi tratate de agenţii sanitari, cari fac în unele părţi vaccinările şi cari, pentru a nu fi consideraţi de părinţi, că ar fi făcut prost vaccinarea, nu îndrumă bolnavii cu conjunctivită vaccinală la medici oculişti, decât doar pe cei cu simptome alarmante.

Ca medic şef al Municipiului Craiova, controlând executarea vaccinărilor copiilor în Craiova, am avut ocazia de a observa şi trata 13 cazuri de conjunctivită vaccinală între anii 1941—1946.

Este interesant de remarcat că dela 1931—1940 ca medic de circumscripţie în Municipiul Satu Mare (Ardeal) n'am observat decât două cazuri de conjunctivită vaccinală la circa tot atât număr de copii vaccinaţi.

Poate, aceasta se datoreşte obiceiului local din Ardeal că, la vaccinare mamele toate se prezentau cu câte o mică bucată de leucoplast sau hansaplast, cerând să se aplice acest pansament după vaccinarea copilului pe locul inoculărei.

In Craiova acest obicei nu există, ba din anul 1941 încoace s'a simţit din ce în ce mai mult lipsa acestor pansamente, deci vaccinările s'au executat fără să se aplice pe locul inoculărei pansamente, deci posibilitatea inoculărei şi la ochi a fost mai uşoară.

In condiţii analoage s'au făcut vaccinările şi în comunele rurale din jurul Craiovei.

Cazurile văzute au fost următoarele:

In anul 1941 am văzut 2 copii cu conjunctivită vaccinală, unul de 11 luni, iar altul de 18 luni.

In anul 1942 am văzut 2 copii, unul de 19 luni, iar altul de 17 luni.

In anul 1943 am văzut 3 cazuri, unul de 10 luni, altul de 17 luni şi al treilea caz mama copilului de 10 luni. Mama şi copilul dintr'o comună rurală de lângă Craiova.

In anul 1944 am văzut 2 cazuri, unul de 18 luni, altul de 19½ luni.

In anul 1945 am văzut 3 cazuri, unul de 14 luni, altul de 16 luni şi al treilea caz de 20 luni. Acest de pe urmă dintr'o comună rurală.

In anul 1946 am văzut un caz, copil de 15 luni.

Este interesant de observat că toţi aceşti copii cu conjunctivită vaccinală sunt în etate dela 10 luni în sus, dintre care unii au

BCU Cluj / Central University Library Cluj

fost vaccinaţi a doua oară — neprinzînd vaccinul la prima vaccinare — iar alţii au fost amânaţi.

Este posibil că la această vârstă — 10—20 luni — copiii sunt mai sensibili la vaccinare, reacţionează mai repede, îşi pipăe locul scarificat, de unde apoi prin degete se inoculează la ochi.

N'am văzut conjunctivită vaccinală la copii sub un an, care fapt se datoreşte obiceiului local, ca până la această vârstă copiii sunt înfăşaţi strimt fără posibilitatea mişcărei mâinilor şi picioarelor.

Conjuctivită vaccinală la mama copilului vaccinat şi atins şi el de această afecţiune, se explică prin inocularea cu degetele copilului la mamă, care îşi ţine copilul în braţe spre a-i potoli plânsul provocat de scarificare.

Toate aceste cazuri le-am văzut spre sfârşitul primei săptămâni după vaccinare.

Dintre aceste 13 cazuri observate, două au avut pustulă vaccinală şi pe marginea liberă a pleoapei inferioare în unghiul intern, restul pe conjunctiva bulbară, iar 3 cazuri complicate cu pustulă pe cornee unde au lăsat opacifieri intense.

Conjunctivita vaccinală, precum se ştie se iveşte la copii vaccinaţi, care îşi duc vaccinul la ochi cu ajutorul degetelor de pe locul vaccinat. Deci contagiunea nu se face la apariţia pustulei vaccinale pe braţ, ci la data vaccinărei, căci pustula vaccinală la ochi se desvoltă simultan cu pustulă vaccinală de pe braţ sau coapsă.

Conjunctivita vaccinală la toţi aceşti copii văzuţi de noi s'a început cu lăcrămare, fotofobie, dureri de ochi, dureri de cap, şi stare febrilă, care durează câteva zile.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" University Library Cluj

La acestea se asociază edemul palpebral accentuat, edem al feţei care se întinde uneori spre gât, adenopatie preauriculară şi submaxilară.

Pe conjunctivă s'au găsit pustule vaccinale, cu exudat purulent, unele ulcerate. La trei bolnavi s'a observat şi pe cornee pustula vaccinală, cu exudat purulent, care s'a exulcerat apoi, lăsând pe suprafaţa corneei cicatrice opaţe destul de intense.

Tratamentul conjunctivitei vaccinale este cel clasic bine pus la punct. Preventiv se recomandă bandajarea la locul vaccinărei, căci acolo unde se face aceasta, cum este obiceiul în Ardeal — cazurile sunt cu mult mai rare.

In mediul unde civilizaţia nu este aşa de desvoltată — mediul rural — unde nu se bandajează locul vaccinărei, posibilitatea inocularei la ochi este mai uşoară.

Am publicat acest articol nu pentru a aduce ceva nou la simptomatologia sau tratamentul conjunctivitei vaccinale, care este bine stabilită, ci am făcut-o pentru a arăta că conjunctivita vaccinală nu este o afecţiune atât de rară. Raritatea cazurilor semnalate de oculişti credem, se datoreşte faptului amintit mai sus, că sunt văzute aceste cazuri mai mult de medicii care fac vaccinările, sau de personalul sanitar auxiliar, întrebuinţaţi pentru operaţiunea vaccinărilor.

Spitalul R.-Vâlcea

I.

ANARTRIA COMPLICAȚIE IN FEBRA RECURENTĂ

de

D-r ION GRAUR și **D-r MUSTĂCIOSU MINUȘ**
Medic primar — Medic secundar

Complicațiile în febra recurentă sunt puține și în general fără gravitate deosebită. Complicațiunile nervoase au fost și mai puțin întâlnite în cursul febrei recurente, cu excepția meningitei. Inmulțirea cazurilor de febră recurentă a permis observarea unor complicații ne citate în tratatele de specialitate.

Cazul nostru expus mai jos, prezintă interes din acest punct de vedere.

Obs. Nr. 1: I. C. de 24 ani este adus la spital pentru: febră, cefalee, dureri cu extremități și dizartrie.

Istoric: Boala a început brusc la 6 Noembrie cu frison urmat de febră, cefalee și dureri în gambe, stare care s'a menținut în a doua zi de boală. In a III-a zi de boală pacientul n'a mai putut vorbi ceace-l determină să plece la spital.

Starea prezentă: Tip constituțional longilin stenic, are tegumentele sub icterice, prezintă herpes perioral și febră 39°. Ap. Respirator: Tușește nu expectorează. Sonoritate pulmonară și murmurul vezicular sunt normale. Ap. Digestiv. Splina se percută pe 4 lături de degete, în rest totul e normal. Ap. C. Vascular. Cord și sgomote normale. Pulsul este regulat 86 p. m. Ap. Urinar. Nu trădează nicio turburare clinică. Examenul urinei făcut mai târziu n'a arătat elemente patologice.

Sistemul nervos: Turburări motorii Pliul naso-genian drept este șters, comisura labială stângă este trasă în sus, mușchii masseteri sunt contractați. Provocat să vorbească, toate turburările motorii de mai sus se exagerează și bolnavul numai cu mare greutate reușește să pronunțe câte două-trei cuvinte prost articulate, care abia pot fi înțelese. Nu se poate folosi cu siguranță de membrul superior drept. Are puțină redoare a cefei. Pareza din membrul superior drept nu-i permite să țină creionul și să scrie. Ințelege perfect toate ordinile. Are cefalee. Nu are alte turburări nervoase.

Diagnostic, evoluție și tratament. Debutul brusc cu hipertermie, subicter și splenomegalie ca și noțiunea de epidemie, au făcut să orientăm diagnosticul clinic spre febră recurentă pentru confirmarea căreia am recoltat un frotiu de sânge îndată după constatarea febrei. La trei ore după internare turburările nervoase s'au exagerat: Nu mai poate pronunța niciun cuvânt. Bolnavul vâră indexul stg., între arcadele dentare apăsând pe mandibulă traducând prin acest gest încercarea de a determina pronunțarea cuvintelor. Mișcările voluntare sunt și mai slabe în membrul superior drept turburările de motilitate resimțindu-se și la membrul inferior drept, căci bolnavul ridicat în picioare nu-și poate lăsa toată greutatea pe membrul inferior decât sprijinindu-se pe mâna stângă pe pat. Redoarea cefei e mai puternică. Puncția lombară arată lichid limpede, dar hipertensiv. Bolnavul înțelege totul dând urmare ordinilor la executarea punctiei lombare.

A doua zi de la internare starea se menţine întocmai. Se confirmă **diagnosticul de febră recurentă,** pe lamă găsindu-se extrem de numeroase spirochete.

In dimineaţa zilei de 11 Noemvrie încă febril 40°2,, înainte de injectarea novarsenobenzolului începe să vorbească şi mărturiseşte că tot timpul a înţeles perfect toate întrebările: dar nu putea pronunţa. Odată cu dispariţia turburărilor de limbaj dispar şi turburările motorii din jumătatea dreaptă a corpului.

Se face 0,30 gr. nevarsenobenzol, seara febra coboară la 36,06. După încă circa 2 zile afebrile mai primeşte încă 0,30 gr. novarsenobenzol şi pleacă vindecat, fără nicio turburare după (20) zile de afebrilitate.

Termenul generic al turburărilor de limbagiu, în care bolnavul nu mai poate înţelege vorba scrisă sau spusă şi nici nu mai are puterea de evocare a cuvintelor, se numeşte *afazie.*

Bolnavul nostru a executat prompt şi precis toate ordinile date cu ocazia executării punctiei lombare, ceace însemnează că limbajul său interior era păstrat, că zona imaginilor sale senzoriale era intactă, turburarea constând numai în pierderea limbajului exterior, ceace după Pierre Marie se numeşte *anartrie.* In acest caz leziunea interesând zona imaginilor motorii cu centrii de evocarea cuvintelor (piciorul circonvoluţiei 3 front. stângă) şi centri grafici (circonv. 2 frontală stângă).

Pe secţiune această regiune cuprinde: insula, capsula externă, capsula internă, corpii striaţi şi partea anterioară a păturii optice, zonă denumită patrulaterul lui Pierre Marie.

Scoaterea din funcţiune a acestei regiuni duce la pierderea limbajului exterior (anartrie) cu conservarea limbajului interior.

Anartria poate fi persistentă (în caz de ramolisment cerebral, hemoragie, tumoare şi traumatism cranian) şi poate fi tranzitorie când e produsă fie de intoxicaţiuni, fie de infecţiuni. In acest din urmă caz procesul este reversibil spontan sau după tratament. Bolnavul nostru suferind de o infecţiune acută a prezentat această turburare în timp limitat şi s'a vindecat de ea spontan fără relicve anartrice.

Mecanismul patogenic care a prezidat la producerea acestei turburări de vorbire se pare că a fost vascular, afectând artera regiunii lenticulo-striată, fie prin spasm nervos, fie printr'un embolus constituit din spirocheţi, deoarece pe lama de sânge s'au găsit extrem de numeroşi spirocheţi, fie mixt prin conexarea ambelor modalităţi. El a determinat o ischemie de scurtă durată.

Cazul comportă importanţă şi în ceace priveşte diagnosticul: tetanosul, hemoragia cerebrală de cauze diverse şi histeria pot fi luate în discuţie la diagnosticul diferenţial.

Febra, spleno-megalia, subicterul şi noţiunea de epidemie au fost elementele care ne-au ajutat să punem diagnosticul clinic de febră recurentă cu anartrie.

* * *

II.

CONSIDERAŢIUNI IN LEGĂTURĂ CU UNELE COMPLICAŢII IN FEBRA RECURENTĂ ŞI TRATAMENTUL LOR

de

D-r MINUŞ MUSTĂCIOSU

Dacă febra recurentă nu este o maladie gravă în forma ei de evoluţie comună, prin complicaţiunile pe care le determină uneori, poate lăsa infirmităţi serioase, care pe lângă interesul lor practic provoacă un deosebit interes de patologie generală.

Dăm mai jos foaia de observaţie a unui caz interesant:

Starea prezentă: De desvoltare medie, are o coloraţie subicterică a tegumentelor şi scleroticilor. Pe tegumentele trunchiului şi ale membrelor are **erupţie purpurică.** Stă culcată în poziţia **„cocoş de puşcă".**

Ap. respirator normal. Ap. digestiv. Are limba puţin încărcată, ficatul sensibil la palpare, splina se percută pe 3 laturi de degete. Ap. C. Vascular. Cord şi sgomote normale. Pulsul regulat 68 b. p. m. **Turburări neuro-sensitive.** Prezintă redoare a cefei şi surditate pronunţată. (Dela părinţi aflu că surditatea s'a desvoltat odată cu boala). In urină s'a găsit albumină.

Diagnostic clinic: febră recurentă. Deoarece la internare era afebrilă nu putem recolta sânge decât după 7 zile când reapare febra.

Diagnosticul clinic confirmându-se prrocedăm la **tratamentul cu neosalvarsan** în plină febră, administrând două injecţii de 0,30 gr. la interval de 3 zile. Bolnava devine afebrilă pentru 5 zile. In acest timp redoarea cefei dispăruse, coloraţia subicterică se ştersese şi odată cu ea elementele purpurice. Surditatea a persistat. După cele 5 zile de afebrilitate febra începe să oscileze între 37°—38° şi apoi peste 38°. Crezând că este un nou ciclu recurent mai injectez de 2×0,30 gr. neosalvarsan la interval de 3 zile fără ca febra să coboare, ba chiar având tendinţă la creştere. Procedez la un examen general şi constat că partea superioară a coapsei stângi este puţin mărită de volum, sensibilă la palpare. Ganglionii inghinali stângi puţin tumefiaţi şi dureroşi la palpare. Se dezvoltă o **flebită.**

Prescriu tratamentul clasic al flebitelor la care adaog câte 3 gr. sulfamide (cibazol) timp de 5 zile. La fiecare vizită bolnava spunea cu voce tare că are durere (în membrul inferior stâng), pentru care procedez la tratamentul prin infiltraţia cu novocaină a simpaticului lombar vizând al II-lea ganglion L. Trei infiltraţii a câte 20 c. c. soluţie 1% de novocaină la trei zile libere una de alta au fost suficiente. Edemul a cedat coapsa având aproape volumul iniţial în momentul evacuării bolnavei. Chiar imediat după prima infiltraţie durerea a încetat complect, bolnava fiind foarte satisfăcută.

Dacă flebita s'a vindecat aşa de repede, surditatea n'a încetat nici la cele 4 injecţii de neosalvarsan, nici spontan.. După 35 de zile de spitalizare a plecat cu surditate completă.

Acest caz de febră recurentă pe lângă o tendinţă la hemoragii (pete purpurice) a prezentat de la început un sindrom neuro-senzitiv (reacţie meningeală şi surditate) şi o complicaţie vasculară (flebită) în partea finală a bolii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Meningita a cedat la tratamentul arsenical, surditatea nu. Ceiace înseamnă că infecţia a produs o leziune ireversibilă a nervului acustic. Ca multe din bolile infecţioase şi febra recurentă poate afecta sistemul venos determinând flebite. Tratamentul flebitei prin infiltraţii cu novocaină s'a arătat superior tratamentul clasic. Durerea a fost suprimată imediat şi edemul a diminuat rapid permiţând mobilizarea precoce.

Lucrare din Spitalul „Anton Cincu" Tecuci
Medic Primar Dir. D-r Mihail Rădulescu

INFARCT ILIO-MEZENTERIC PRIN OBLITERARE ARTERIALĂ

de

D-r MIHAIL RĂDULESCU, Chirurg Primar **D-r IOAN SĂVULESCU** şi **D-r AUREL FAINIŢĂ** Medici secundari

Problema patogeniei hemoragiilor viscerale, fie din origine vasculare fie de origine humorală constitue unul din cele mai grave sindroame acute abdominale, unde nu există posibilitatea punerii unui diagnostic de preciziune, la care este chemat să-şi spună cuvântul atât internistul cât şi chirurgul şi care aproape totdeauna este eronat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acolo unde diagnosticul a fost pus fie clinic (în mod excepţional) fie operator, conduita de urmat rămâne la latitudinea chirurgului.

Capitolul hemoragiilor viscerale rămâne destul de obscur datorită faptului că diagnosticele întotdeauna variau dela caz la caz şi nu o singură dată diagnosticul de apendicită acută sau colecistică calculoasă să fie chiar volvulos au fost incriminate, iar pe masa de operaţie sau la necropsie tabloul clinic a tradus cu totul altceva.

Cu toate acestea hemoragiile viscerale se prezintă sub un tablou clinic de sindrom abdominal. Dacă altă dată conform teoriei clasice, în faţa unui sindrom acut abdominal era egal cu intervenţie chirurgicală, astăzi datorită noilor observaţii clinice şi în urma cercetărilor de biologie aplicată s'a reuşit să se revizuiască în parte teoria intervenţionismului chirurgical (Mondor). S'au văzut cazuri după cum au remarcat Gosset. Binett sau cazul lui Pauchet publicat de Grégoire unde leziunile de apoplexie mezenterică şi intestinală erau aşa de extinse încât operatorul s'a abţinut dela orice manoperă radicală şi a predat a doua zi bolnavul familiei, fiindcă au considerat exitus ceva normal, ca după câteva zile să găsească bolnavul la domiciliu complect restabilit.

Constatările operatorii confruntate cu observaţiunile clinice împreună cu rezultatele necropsiilor au permis să se constate următoarele cauze ale infarctelor viscerale (Binett, Gosset):

1. Obliterări Vasculare.

a) Obliterările arteriale, duc la infarcte intestinale prin trombus, spasm, embolii, mecanismul de producere fiind pur mecanic.

Conform teoriei refluxului venos a lui Littem obliterarea arterelor organelor duce la ischemiea organelor.

Presiunea venoasă schimbă imediat mecanismul circulaţiei, acţiunea de vis-a-tergo în vene nu se mai exercită, venele fiind avalvulare suferă acţiunea presiunii retrograde a sângelui de unde refluxul venos spre reţeaua capilarelor care se destind, se rup şi sângele invadează spaţiile interstiţiale producând astfel infarctul.

b) Obliterarea venoasă, duce la formarea infarctului prin acelaşi mecanism.

c) Obliterarea arterială şi venoasă, sunt excepţionale şi sunt adevărate necroze ischemice ale organelor.

După concepţia clasică a lui Harvey circulaţia arterio-venoasă la nivelul organeor se face prin intermediul reţelei capilarelor.

Această circulaţie este complect suprimată în infarctele viscerale de orice natură, totuşi circulaţia se face prin anastomozele directe arterio-venoase precapilare, aşa cum au demonstrat Spanner şi Havricek.

Aceste anastomoze în mod normal nu funcţionează, ele fiind adevărate supape de siguranţă când infarctul s'a produs la nivelul unui organ (Tovaru). Totuşi sub influenţa unor condiţiuni fiziologice, căldură, efort, vărsăturile acestei anastomoze funcţionează.

2. Infarcte fără leziuni vasculare.

Sunt o serie de infarcte viscerale datorită fie unor turburări umorale generale iar infarctul nefiind decât o manifestaţie locală a acestor tulburări (Gregoire-Couvellaire).

Observaţia, care face obiectul studiului de faţă, ne-a părut interesantă, deoarece aşa cum vom vedea mai jos, în evoluţia ei ne face să credem că în terapeutica de urmat în cazul infarctelor intestinale încă nu s'a ajuns la o conduită precisă, însă în cazul infarctelor arterio-venoase rezecţia de intestin este operaţia de ales.

Observaţie clinică: Bolnavul F. Gh. de 38 ani din Com. T. Vladimiresou Jud. Tecuci, muncitor căsătorit se internează în spitalul nostru în ziua de 12 Ianuarie 1944 cu fenomene acute abdominale. A. H. fără importanţă. A. P. In copilărie scarlatină, blenoragie la 18 ani, fumător şi alcoolic moderat.

Istoricul boalei actuale. Boala actuală datează de aproximativ 3 zile, când în timpul unei mese copioase se simte rău, are ameţeli, cefalee şi stări lipotimice. Imediat se aşează la pat şi la aproximativ 1/2 de oră este apucat de dureri abdominale lancinante, care măresc şi mai mult simptomele anterioare. Are senzaţia de vomă şi considerând că a mâncat prea mult îşi proveacă vomismente repetate. Durerile abdominale accentuându-se,

cheamă un medic din împrejurimi şi care punându-i diagnosticul „Indigestie" îi recomandă un purgativ şi să aştepte rezultatul. Purgativul n'a avut niciun efect, în schimb durerile persistă şi au tendinţa de localizare periombilicală în fosa iliacă dreaptă. A doua zi consultă un alt medic care, după ce-l examinează, pune diagnosticul de apendicită acută şi-i recomandă internarea în spital.

Starea prezentă: bolnavul prezintă un abdomen balonat, sensibil, difuz la percuţie, sonor cu reţenţie de gaze şi materii fecale (trei zile). In flanculi la percuţie uşoară submatitate. Tuşeul rectal arată Douglas-ul liber Temperatura 37°-7, puls 90, bine bătut în raport cu starea generală.

Diagnosticul clinic oscilează între o peritonită apendiculară sau ocluzie intestinală.

Operaţia Nr. 26 din 12 Ianuarie 1944. Operaţia fiind făcută de unul din noi, în prealabil s'a administrat bolnavului ser fiziologic adrenalinizat, injecţii cu cardiazol şi efedrină.

Laparotomie mediană supra şi sub ombbilicală. La deschiderea cavităţii abdominale se scurge un lichid sero-sanghinolent uşor mirositor. Se explorează masa intestinală şi spre suprinderea noastră constatăm un infract intestinal şi mezenteric pe o lungime de 90 cm. terminus fiind la nivelul ambuşărei ileonului în cec. Limitele infarctului intestinal destul de precise, mezenterul fiind de asemenea infarctat sub forma unui triunghi cu baza la marginea intestinului. Vasele mezenterice din teritoriul mezenterului infectat nu pulsează pe toată întinderea. Explorarea întregului abdomen nu ne permite să descoperim altă cauză care ar putea explica întreruperea circulaţiei în teritoriul interesat. Surprinderea a fost deci mare. Exteriorizăm imediat ansele interesate aplicăm o injecţie cu adrenalină, acoperim intestinele cu un câmp, cu ser fiziologic încălzit şi aşteptăm 5—6 minute să observăm evoluţia infarctului conform concepţiei Gregoire. După acest timp văzând că nu s'a produs nicio modificare, procedăm la o rezecţie întinsă de ileon cu înfundarea bonturilor şi anastomoză izoperistaltică laterolaterală ilio-transversostomie. Inchidem breşa mezenterică cu câteva fire de catgut. Drenăm Douglas-ul şi fosa ileacă dreaptă cu meşi. Refacerea pereţilor în straturi parţial.

Diagnosticul post operator. Tromboza unei ramuri a arterei mezenterice superioare cu infarct ilio-mezenteric.

Mersul post operator. Dela început având în vedere timpul intervenţiei şi gravitatea şocului operator am făcut un prognostic sombru, fapt comunicat şi familiei. Administrăm bolnavului tonice cardiace, ser antiperitonitic, ser antigangrenos, pungă cu ghiaţă. Spre surprinderea noastră în prima zi după operaţie bolnavul nostru prezintă o stare generală mai bună, puls bun, bine bătut, tahicardic. Fenomenele peritoniale prezente. Continuăm tonifierea bolnavului şi administrăm sulfamide injectabile în cantităţi mari timp de trei zile, In acest timp starea generală se ameliorează, iar în 4—5 zile au loc emisie de gaze şi materii fecale. In a 28-a zi bolnavul părăseşte spitalul vindecat.

Artera mezenterică superioară, ramură a aortei abdominale, este artera care irigă jejunul, ileonul şi colonul ascendent. Bogăţia acestor ramuri este mai mare la nivelul jejunului, ultima ramură de irigaţie fiind la o distanţă de 60—90 cm. de cec şi ar

BCU Cluj / Central University Library Cluj

corespunde vârfului ansei ombilicale sau inplantărei diverticolului lui Mekel când o parte din canalul vitelin persistă. Ileonul terminal este irigat de arterele ileale, care sunt ramuri din trunchiul ileo-colo-biceco-apendicular, ramură tot din mezenterica superioară. Intre ultima ramură din artera mezenterică şi ramura ileală se găseşte o anastomoză numită arcul vascular a lui Trêves, iar între ele mezenterul prezintă o zonă triunghiuară foarte săracă în vase. Zona de ileon care a fost infarctată în cazul nostru a fost aproape această zonă avasculară a lui Trêves.

Concluziuni.

1. Evoluţia clinică a infarctului este mult mai benignă comparativ cu celelalte sindrome acute abdominale (pancreatita hemoragică, peritonitele, etc). deci intervenţia după cum se vede şi în cazul de faţă fie chiar tardivă este salutară, cu atât mai mult cu cât bolnavul este pregătit prin tratamentul adrenalinii (Greogoire-Couvelaire).

2. Tratamentul adrenalinic nu exclude intervenţia, iar rezecţia intestinală rămâne pentru cazurile operabile chiar la limită, singura conduită logică. In cazul nostru a suportat o rezecţie largă.

3. Post operatoriu aceşti bolnavi prezintă o evoluţie favorabilă dintre cele mai impresionante, probabil că tratamentul chirurgical (simpatectomie-Leriche la nivelul rezecţiei intestinale) cât şi tratamentul post operator înlătură marea suferinţă a simpaticului vascular.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

Grégoire-Couvelaire: Apoplexies Viscerales. — H. Mondor: Diagnostics urgents. — Paitre F. et Giroud S. Dupret: Pratique anatomo-chirurgicale illustrée. — Tovaru S.: Infarctele viscerale prin turburări humorale. Rev. de chirurgie. Dec. 1936.

Lucrare făcută în Serviciul Medical al Spitalului Militar-Arad

HEPATO-SPLENOMEGALIE GIGANTĂ ŞI UREMIE INTR'UN CAZ DE FEBRĂ TIFOIDĂ ASOCIATĂ CU TIFOS EXANTEMATIC

de

Medic Maior D-r ROHAN NICOLAE

La 4 Noembrie 1945, este internată în Secţia Sanatorială a Spitalului D-na P. A. infirmieră la o Instituţie din localitate. Vârsta 22 ani.

Istoric: In antecedentele personale figura o pleurezie sero-fibrinoasă stângă.

Este bolnavă de 6 zile. Debutul a fost lent, manifestat prin cefalee, anorexie şi o stare subfebrilă (37—37,5°), mai ridicată seara.

După trei zile a avut câteva frisoane şi febra s'a urcat înjur de 39° prezentând caracterul de febră continuă. Simptomele subiective se intensifică, se instalează o uşoară diaree urmată de constipaţie; inapetenţa este absolută.

Starea prezentă: In a 6-a zi suntem chemaţi să o vedem.

Bolnava este pe deplin conştientă, răspunde la toate întrebările ce i se pun.

Examenul fizic arată o spenomegalie percutabilă până la rebordul costal, fără a-l depăşi. La palpare, polul anterior al splinei este foarte dureros.

Ficatul dureros la palpare. Semnul Murphy pozitiv.

Abdomenul liber, necontractat.

Rinichii nu se palpează. Loja renală liberă. Oligurie (şapte sute cmc. urină). Urinele clare cu urme de albumină şi urobilină.

Aparatul respirator nu prezintă nimic deosebit în afară de discrete frecături la baza stângă. De altfel examenul radioscopic practicat a doua zi dovedeşte integritatea parenchimului pulmonar, cu excepţia sinusului costo-diafragmatic stâng.

Cord bradicardic (66), tensiunea $10^1/_2$—7. Auscultatoriu, nimic orificial sau supraadăogat.

Sistemul nervos: Reflexele osteo-tendinoase normale. Reflexele la lumină şi distanţă prezente.

In **rezumat**, ne găsim în faţa unei bolnave de 8 zile care prezintă o stare febrilă ridicată cu cefalee, inapetenţă, curbatură, astenie, splenomegalie şi uşoară hepatomegalie.

Biblioteca Universitară Central University Library Cluj

Asocierea simptomelor prezente făceau plauzibile mai multe supoziţii de diagnostic. Am eliminat relativ uşor posibilitatea unei diseminări tbc. pulmonare prin radioscopie pulmonară şi baciloscopie. Nu tot aşa de uşor era de îndepărtat diagnosticul eventual a unei diseminări localizate în alt organ, cât şi tifo-baciloză.

Am făcut bolnavei următoarele examene de laborator: 1. Sero-aglutinarea Widal. 2. Sero-aglutinarea Weil-Felix. 3. Leucograma. 4. Viteza de sedimentare. 5. Radioscopia pulmonară. 6. Baciloscopia.

Am amintit că aceste două examene din urmă au arătat un pulmon sănătos şi absenţa bacilului Koch în spută.

La 6 Noembrie, sero-reacţia de aglutinare pentru bacilul Epurth este pozitivă 1/40 pentru aglutininele de tip O şi 1/100 pentru E.

Reacţia Weil-Felix pozitivă 1/100.

Leucograma: 15,400 elemente pe cmc. Granulocite neutrofile 80. Eozinofile şi bazofile 0. Limfocite 16. Monocite 4.

Viteza de sedimentare mult accelerată.

Starea generală continuă să se înrăutăţească progresiv, marcând o hipertermie de 40—41° cu apariţia unui sindrom nervos grav de ordin hipertoxic, cefalee intensă, rahialgie, apariţia delirului, carfologiei alternând cu stări de adinamie profundă, odată cu apariţia unui exantem lenticular discret pe abdomen, ce dispare la presiune, exantem care ia caracterul hemoragic după două zile dela apariţia lui.

La examenul fizic remarcă creşterea de volum a splinei care depăşeşte rebordul costal cu 4 laturi de deget. De asemenea, hepatomegalia ivită

face ca ficatul să devină ușor accesibil palpației pe o suprafață de 2 laturi deget sub falșele coaste.

La 10 N-brie un nou examen al serului sanguin arată: R. Vidal pozitivă 1/800 H și 1/400 C. B. Veil Felix 1/400. Ureea sanguină 0,75%.

Cu tot tratamentul tonicardiac, hidratant și glicoterapia intensă, ce i s'a administrat bolnavei starea febrilă ridicată se menține în platou alături de tot cortegiul simptomatic descris.

La 15 N-brie se observă apariția unor edeme maleolare discrete.

Sindromul extremităților este prezent.

Splenomegalia și hepatomegalia ating linia ombilicală.

Febra începe să aibă o tendință de coborîre liptică, ca în decurs de 5 zile să ajungă la normal și apoi la hipotermie: dimineața 35,9 și seara 36.

Se instalează o somnolență continuă, apar vărsături incoercibile, diareea puternică și scăderea acuității vizuale. In plus gingivoragii și epistaxis.

La 26 N-brie ureea în sânge este de 3.20 gr. la mie.

In tot timpul evoluției bolii nu s'a găsit sânge în materiile fecale.

Bolnava sucombă în cadrul acestei uremii.

In ceeace privește uremia din tifosul exantematic cât și din febra tifoidă, a fost semnalată prin mai multe lucrări și comunicări făcute atât în țară cât și în străinătate. Nu am găsit însă nici un caz în care să fie relatată o spleno-hepatomegalie atât de voluminoasă alături de sindromul uremic masiv.

Familia s'a opus unui examen necropsic, dispensându-ne astfel de posibilitatea studiului anatomo-patologic al ficatului și splinei.

In lipsa acestei cercetări am căutat să ne explicăm acest sindrom hepato-splenomegalic al cazului nostru printr'o reacție inflamatorie a sistemului reticulo-endotelial din ficat și splină, bazându-ne mai ales pe cercetările acestui țesut în tifosul exantematic, făcute de D-l Prof. Danielopolu și Lupu, cari găsesc totdeauna o reacție inflamatorie a endoteliilor capilare.

In ceace privește azotemia, s'a constatat foarte frecvent creșteri ureice, dar în marea majoritate a cazurilor publicate este vorba de o atingere renală mai puțin marcată fără instalarea unor procese uremice atât de grave cum este în cazul nostru.

Coexistența unor sero-reacții Widal și Weil-Felix pozitive alături de hepato-splenomegalie, discretă la început, dar cu creșterea progresivă și continuă apoi instalarea uremiei și comei uremice pe un fond de insuficiență hepatică gravă, ni s'au părut date demne de a fi cunoscute cu atât mai mult cu cât nu am putut întâlni în literatura medicală cazuri similare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II.

Chirurgie cu specialităţi

Spitalul Central Arad — Secţia Chirurgicală
Medic primar: Docent D-r Alex. Pop

I.

CONSIDERAŢIUNI CLINICE ŞI TERAPEUTICE ASUPRA ULCERULUI LOCALIZAT PE PORŢIUNEA 2-a. A DUODENULUI, IN LEGĂTURĂ CU TREI CAZURI

de

D-r IOAN BEJAN

Localizarea ulcerului duodenal în majoritatea cazurilor se face pe prima porţiune a duodenului şi anume aproape totdeauna pe bulbul doudenal. Sunt însă şi ulcere care se localizează mult mai jos, pe porţiunea a doua a duodenului, însă această localizare este rară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Brulé raportează al 95-lea caz la Soc. de Gastro-enterologie în 1939, singurul întâlnit de el până la această dată. Localizarea lui se face de obiceiu în regiunea supra-vateriană a duodenului, sunt însă şi cazuri situate la nivelul, sau sub papila Vater, adică în zona alcalină propriu zisă a duodenului, după cum vom vedea din expunerea cazurilor noastre. Aşa bunăoară Crave din 43 cazuri găseşte 36 situate deasupra papilei Vater, 6 cazuri în regiunea vateriană şi numai un singur caz sub papila Vater. Aceste ulcere evoluează de obiceiu cu simptomatologia obişnuită de ulcer, însă unele şi mai ales cele situate în zona vateriană, cari evoluează cu simptome de împrumut hepato-biliare sau pancreatice. Clinica II Medicală din Cluj găseşte două din astfel de ulcere, singurele de altfel, publicate de D-r I. Florescu şi D-r G. Ioanovici. Amândouă aceste cazuri au evoluat cu simptome hepato-biliare, iar la intervenţia chirurgicală s'a găsit în ambele cazuri câte un ulcer pe porţiunea II-a a duodenului, ambele deasupra papilei Vater, primul penetrant în Pancreas şi al doilea caz prezenta şi o ciroză atrofică a ficatului.

O altă caracteristică a acestor ulcere, pare a fi mai predispuse la hemoragii, mai mult decât ulcerul duodenal în general, cel puţin aşa ar reeşi din cazurile întâlnite de noi, cât şi din acelea găsite în Clinica II Medicală din Cluj, manifestate mai mult sub formă de melenă.

Redăm acum observaţia cazurilor noastre:

Observ. 1-a. — Este vorba de bolnava I. E., în vârstă de 56 ani, căsătorită, de profesiune casnică. Antecedente heredo-colaterale şi personale fără importanţă. Boala datează de peste 20 ani, cu dureri postprandiale tardive (3—4 ore), localizate în etajul superior al abdomenului, în spre hipocondrul drept, cu iradieri în spate, însoţite de piroze şi eructaţii. Durerile se calmau dacă mânca ceva sau dacă îşi provoca vărsături, şi adesea erau întrerupte de perioade de acalmie de câteva săptămâni sau luni de zile. Fiind examinată radiologic de mai mulţi medici, în repetate rânduri, i se spune că sufere de ulcere duodenale, cari îi prescriu tratamentele obişnuite de ulcer, fără niciun rezultat. În ultimul timp durerile au devenit aproape continui, fără niciun orar. Varsă mult, aproape orice mănâncă. A scăzut mult în greutate. Toate acestea o hotărăsc pentru intervenţia chirurgicală.

Ex. Obiectiv: Bolnava de constituţie slabă, tegumente şi mucoase palide, ţesutul adipos şi muscular sunt reduse. Din partea celorlalte aparate, nimic deosebit, afară de o sensibilitate la palpare, în regiunea epigastrică cu iradieri spre hipocondrul drept. Reacţia B. Wassermann negativă.

Operaţia: La intervenţia făcută în ziua de 9 Martie 1946, se găseşte un ulcer celos de mărimea unei piese de un leu, pe faţa antero-externă (liberă) a duodenului sub papila Vater, care prezintă câteva aderenţe cu vezica biliară şi flexura hepatică a colonului şi care reducea destul de mult calibrul intestinului. I se face rezecţia gastrică ortopedică. După 21 de zile părăseşte spitalul vindecată per primam.

Observ. 2-a. — Bolnavul S. C., în vârstă de 52 ani, din comuna Socodor, jud. Arad, internat în Spitalul Central din Arad, la 8 Mai 1946, pentru dureri mari abdominale, vărsături alimentare şi scăderea mare în greutate şi forţă fizică. Antecedente heredo-colaterale şi personale fără importanţă. Boala actuală datează de peste 16 ani de zile, cu dureri mari epigastrice, după mâncare la 3—4 ceasuri, cu iradieri în spate. Durerile erau însoţite de senzaţia de arsură (piroze) şi surveneau mai mult în anotimpul rece (iarna), vara simţindu-se mai bine. Acum trei ani consultând un medic, îi spune că sufere de ulcer gastric şi-i prescrie un tratament dietetic. La începutul lunei Dec. 1945, odată cu durerile mult accentuată, au început pentru prima dată vărsăturile, ale căror conţinut era format numai din sânge negru şi în cantitate foarte mare (aproximativ un litru şi jumătate), urmate de câteva scaune de asemenea negre, de culoarea catranului, după care simţindu-se foarte slăbit şi prezentând ameţeli mari, a rămas câteva săptămâni în pat. La şase săptămâni după acest accident, consultă un medic care îl vede şi radioscopic şi care-i spune că suferă de ulcer duodenal. In ultimul timp durerile devin continui, fără nicio legătură cu alimentaţia. Vărsături permanente după orice fel de mâncare.

Ex. Obiectiv: Mucoasa şi tegumentele palide, ţesuturile mult reduse. Forţa fizică mult diminuată. Torace; nimic deosebit, puls regulat 80 pe minut. Abdomen sensibil la palpare în regiunea epigastrică, mai accentuat în punctul duodenal. In restul abdomenului şi economiei nimic deosebit. T. A. = 14 × 8. R. B. Wassermann, negativă.

Operaţia 1-a: intervenţia făcută în ziua de 11 Mai 1946, se constată un ulcer pe a doua porţiune a duodenului, imediat deasupra papilei Vater, penetrant în Pancreas şi care stenoza aproape complect lumenul duodenal. Se face o rezecţie gastrică ortopedică. La 26 Mai 1946, părăseşte spitalul cu

plaga vindecată per primam. Revăzut după 5 luni de zile, nu mai prezintă niciun fel de acuze, deşi duce un regim aproape normal. A crescut în greutate 10—15 kgr. Aspectul mucoaselor şi tegumentelor normal. Apetit crescut.

Observ. 3-a. — Bolnavul J. D., profesor pensionar din misiunea franceză, internat într'un sanatoriu în ziua de 14 Mai 1946, pentru dureri mari continui epigastrice, scădere în greutate, melene repetate. A. H. C. şi P. fără importanţă. Boala datează din anul 1941, când a început cu dureri mari egipastrice, la 3—4 ore după masă, cari se calmau totdeauna, dacă mânca ceva. Durerile erau mai accentuate şi mai frecvente iarna, câteodată iradiind în umeri. Consultând un medic, i se spune că suferă de o gastrită şi este supus unui tratament adequat. La 11 Oct. 1945, durerile devenind tot mai mari, i se face o radioscopie gastrică, când i se precizează diagnosticul de ulcer duodenal. A doua zi după examinare, la deşteptare, prezintă ameţeli mari şi vertigii. A treia zi are un scaun negru, de culoarea drojdiei de cafea, după care a rămas în repaus la pat, cu un regim sever. In 29 Oct. acelaşi an, prezintă din nou scaune negre, iar la 13 N-vrie are o a treia hemoragie, când i se face şi o transfuzie de sânge de 500 cmc. Nu a vărsat niciodată. Durerile fiind tot mai mari de multe ori în timpul nopţii, consultă din nou un medic, care îi administrează injecţii cu actoprotin şi histamină, dar fără niciun rezultat. Durerile continui atât ziua cât şi noaptea, devenind insuportabile se hotărăşte pentru operaţie.

Ex. Obiectiv: Mucoasa şi tegumentele palide, ţesuturile mult reduse, toracic, nimic deosebit. Abdomen: sensibilitate la palpare în regiunea epigastrică, puţin mai spre dreapta, în rest nimic deosebit. R. B. Wassermann negativ. La intervenţia făcută în ziua de 14 Mai 1946, s'a constatat un ulcer jos, situat pe porţiunea descendentă a duodenului, cu mult sub papila Vater, aproape de flexura duodenală, pe faţa internă. Se face rezecţia gastrică ortopedică. După 10 zile părăseşte sanatoriul, cu plaga vindecată per primam. Revăzut după cinci luni de zile, a luat mult în greutate şi nu mai are niciun fel de plângere.

Colegiul Medical Universitar Iuliu Haţieganu Cluj

După cum vedem, localizarea ulcerului pe porţiunea II-a a duodenului este rară. In literatură se citează 95 cazuri, până în 1939, iar Clinica II Medicală din Cluj, în decurs de 7 ani, a observat două cazuri, cari au evoluat cu o simptomatologie net veziculă, unul din cazuri complicat cu hematemeză şi melenă.

Ulcerul situat pe această porţiune a duodenului, evoluează de obiceiu cu dureri tardive, fără niciun orar fix, în raport cu localizarea; uneori, mai ales la cele mai vechi se observă dureri aproape continui, fără nicio influenţă din partea regimului alimentar.

Diagnosticul ulcerului pe porţiunea descendentă a duodenului se face radiologic, însă examinarea în atari cazuri, întâmpină mari greutăţi, bolnavul trebuind să fie examinat în decubit ventral sau în poziţiile oblice. De cele mai multe ori însă nu se poate localiza radiologic. Din această cauză, toate cele trei cazuri de ulcer, au fost etichetate drept ulcere duodenale, mai mult sau mai puţin prin deducţie, dar nici unul n'a fost localizat pe porţiunea descendentă a duodenului. Toate au fost o surpriză la intervenţie. Tot aşa într'unul din cazurile relatate de Clinica II Medicală din Cluj,

făcându-se şi examenul radiologic gastro-intestinal, nu s'a putut pune în evidenţă ulcerul.

Ulcerul pe a doua porţiune a duodenului poate da naştere la complicaţiuni, ca: stenoza Choledocului, stenoza duodenală, aşa cum a prezentat primele două, din cele trei cazuri ale noastre, pancreatita, perforaţia. Hémoragia însă (melenă) trebue menţionată în deosebi, fiind foarte frecventă, în cantitate însemnată şi cu tendinţă la repetare, ceia ce slăbeşte bolnavul foarte mult şi care hotăreşte de cele mai multe ori, intervenţia chirurgicală. Din cele trei cazuri întâlnite de noi, două au prezentat hemoragie de foarte lungă durată. De asemenea unul din cele două cazuri, semnalate în Clinica II Medicală din Cluj. După aceste date, ar fi o proporţie de 65%. Tratamentul ulcerului pe porţiunea descendentă a duodenului (în genere rebel la un tratament medical), mai cu seamă a ulcerelor vechi cu dureri mari continui, cât mai ales din cauza hemoragiilor repetate, este cel chirurgical şi anume: rezecţia gastrică, care deşi este o operaţie mutilantă, s'a dovedit totuşi cel mai bun şi mai radical procedeu, dintre toate câte sau încercat şi s'au făcut în chirurgia gastrică şi care s'a impus ca singurul mijloc salutar, aproape în toate cazurile de ulcer duodenal, indicate pentru operaţie.

Ulcerul localizat pe porţiunea descendentă a duodenului este un ulcer nerezecabil, fie prin situarea lui deţlesubtul, la nivelul sau imediat deasupra papilei Vater, fie înglobând prin aderenţele lui organele vecine ca: Choledoc, Vèzica biliară, Colonul transvers, sau penetrând profund în Pancreas.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şeful meu, D-l Docent D-r Alex. Pop şi cu mine, în asemenea cazuri, ca în toate cazurile de ulcer nerezecabil dealtfel, practicăm rezecţia gastrică aşa zisă ortopedică, unde îşi găseşte adevărata ei indicaţie. Acest procedeu preconizat de Prof. Finsterer, însă cu modificarea exfirpărei mucoasei antrumului piloric, (modificare făcută pentru prima dată de D-l Docent D-r. Alex. Pop Oradea) ce se găseşte descrisă în Buletinul celui de al IV-lea Congres Naţional de Chirurgie din 1933, şi pe care l-am publicat, ca o complectare într'unul din numerile recente ale Revistei de Chirurgie.

Toţi bolnavii trataţi chirurgical prin acest procedeu, prin care ulcerul este lăsat pe loc, s'au refăcut complect şi revăzuţi mai târziu, n'au mai prezentat nici un fel de plângere. Acelaşi rezultat bun l'am avut în câteva cazuri de hemoragie acută, unde hemoragia nu s'a mai repetat de loc, din momentul intervenţei, deşi ulcerul a rămas pe loc.

Toţi aceşti trei bolnavi, a căror observaţiei am dat-o mai sus, cu dureri continui şi hemoragie şi la care am aplicat acest procedeu deşi la numai câteva luni de zile după operaţie, au câştigat greutatea pe care au avut-o înainte de a se îmbolnăvi de ulcer, simţindu-se foarte bine fără nicio acuză, şi-au reluat ocupaţiile obişnuite.

Concluzii: 1. Ulcerul situat pe porţiunea a doua a duodenului este rar.

2. Evoluează de obiceiu cu dureri tardive fără nicio periodicitate şi mai târziu aproape continui.

3. Câte odată au o evoluţie cu o simptomatologie împrumutată dela organele vecine şi mai ales biliară sau pancreatică.

4. Hemoragia (melenă) este o complicaţie frecventă a ulcerului duodenal şi prin excelenţă a ulcerului celei de a doua porţiuni.

5. Diagnosticul ulcerului pe porţiunea descendentă a duodenului este foarte rar precizat radiologic, nici chiar în cazurile vechi cu destrugeri destul de mari, decât doar prin semne secundare.

6. Tratamentul este foarte adesea cel chirurgical şi anume rezecţia gastrică ortopedică.

Conclusions: 1. L'ulcere situé sur la deuxième portion du duodènum est rare.

2. Il evolue ordinairèment avec des douleurs tardives, sans aucune periodicité et plus tard à-peu-près continuelles.

3. Parfois, il a une evolution avec une Symptomatologie empruntée aux organes voisins et sourtout biliaire et pancrèatique.

4. L'hèmoragie (melaena) est une complication fréquente de l'ulcere duodènal et par excellence de l'ulcere dela deuxième portion.

5. Le diagnostic de l'ulcere situé sur la portion descendente du duodènum est très rarement precisé radiologiquement, pas même, dans les cas anciens, avec destructions assez grandes, seulement par des signes secondaires.

6. Très souvent, c'est le traitement chirurgical qui en est indiqué et à savoir la resection gastrique orthopedique.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Schlussfolgerung: 1. Das an der zweiten Portion des Duodenums gelegene Geschwür ist selten.

2. Es entwickelt sich gewöhnlich mit Spätschmerzen, ohne jede Periodicität und später beinahe mit andauernden Schmerzen.

3. Manchmal entwickelt es sich mit Symptomen der Nachbarorgane und besonders der Leberorgane und der Bauchspeicheldrüse.

4. Die Blutung (melaena) ist eine häufige Complication des Duodenalgeschwürs und besonders des Geschwürs in der zweiten Portion.

5. Das Geschwür an der absteigenden Portion des Duodenums ist sehr selten radiologisch zu diagnosticieren, nicht einmal in fortgeschwinden. Fällen mit ziemlich grossen Zerstörungen sondern nur durch secundäre Merkmale.

6. Die Behandlung ist sehr oft nur eine chirurgische und zwar die orthopedische Magenresection.

II.

ANEVRISM POPLITEU ARTERIO-VENOS SPONTAN TIP RODRIGUES, RUPT, DE NATURA SIFILITICĂ

de

Doctor IOAN BEJAN

Anevrismele arterio-venoase aşa zise spontane, adică în etiologia cărora nu intră de loc traumatismul, sunt foarte rare, fapt confirmat şi de autorii clasici când descriu anevrismele arterio-venoase în general (Delbet şi Mocquot).

Deschiderea pungei anevrismale într'o venă satelită sau din vecinătate, deci nu este o eventualitate frequentă. Ea se produce mai adesea în ţesutul conjunctiv din jur, sau prin erodare la tegumente, ori într'o cavitate naturală (esofag, stomac, intestine, trachee, etc.).

Raritatea unui anevrism arterio-venos spontan, s'ar putea explica, după părerea mea, prin aceia că punga anevrismală comprimând venele satelite sau din vecinătate, se produce mai întâi şi în mod lent o înglobare a acestor vene în peretele pungei, printr'un proces de iritaţie continuă, inflamatorie, cunoscut; apoi obstruarea lor fie prin acelaşi procedeu de sclerozare din afară printr'un proces tromboflebitic de ordin mecanic, după ce endoteliu vasului a fost distrus, încât la un moment dat, venele satelite fiind complect obstruate, sclerozate şi înglobate în peretele pungei anevrismale, comunicaţia nu se mai poate face între aceasta din urmă şi vasul venos obstruat, ceea ce nu se petrece când este vorba de un traumatism, căci fiind un accident, acest proces anatomo-patologic de obstruare nu mai are timpul să se producă. Venele spre deosebire de celelalte organe cavitare în cari, după cum se ştie, se poate deschide în mod spontan un anevrism arterial, pot fi privite numai în mod virtual ca organe cavitare, în realitate însă sunt organe cu un schelet moale, mereu pline cu un conţinut fluid, care circulă cu o putere redusă, ceea ce permite ca organul să fie uşor depresibil, elastic, cedând în faţa agresorului, în prima fază şi care conţinut are toate caracterele unui ţesut susceptibil de transformări, în a doua fază a procesului amintit mai sus. Circulaţia colaterală venoasă fiind foarte bogată şi instituindu-se imediat, impermeabilitatea venei pe o mică distanţă nu se poate exterioriza prin niciun fel de schimbare. Din această cauză cred că comunicaţia sacului anevrismal arterial cu o venă satelită sau din vecinătate, în mod secundar şi spontan, este o eventualitate foarte rară. „Este un accident de o extremă raritate (Delbet şi Mocquot)". Inainte de a relata cazul nostru clinic, cu toate particularităţile lui, cred necesar a aminti formele anatomo-patologice ale anevrismelor arterio-venoase în general.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După cum se ştie din orice tratat clasic chirurgical, anevrismele arterio-venoase se caracterizează prin anumite particularităţi ale lor. Aşa bunăoară, când între cele două vase sanguine există numai o fistulă, se numesc „fistule arterio-venoase" sau anevrism „arterio-venoase simple" (Bérard), iar când există un anevrism propriu zis, un sac anevrismal, denumirea o ia după poziţie şi re aţiunea acestuia cu vasele respective. Când sacul se găseşte între venă şi arteră ia numele de „anevrism arterio-venos varicos intermediar", când se află numai pe venă se numeşte „anevrism inchistat venos", iar când sacul este aşezat numai pe arteră, ia numele de „anevrism inchistat arterial". Această formă din urmă este dintre cele mai rare şi se cunoaşte sub numele de anevrism arterio-venos al lui Rodrigues, după numele autorului care l-a semnalat pentru prima dată. Sunt apoi cazuri şi mai rare, când sacul anevrismal comunică cu cele două vase deodată, sau se găseşte câte un sac pe fiecare din ele.

In etiologia tuturor acestor forme de anevrisme intră necondiţionat traumatismul, sub toate manifestările lui (plăgi prin arme de

foc, plăgi prin arme albe, puncţii, contuziuni, exostaze, etc.) şi numai excepţional unele colecţii purulente sau boale infecţioase acute sau cronice, cum ar fi gripa sau sifilisul, din care face parte şi cazul nostru, în etiologia căruia intră de sigur infecţiunea luetică.

Anevrismul arterio-venos, tip Rodrigues, de origină traumatică, se întâlneşte într'adevăr excepţional, însă între anevrismele arterio-venoase spontane, cari şi ele sunt tot aşa de rare, ar fi forma cea mai frequentă după părerea mea, dacă nu exclusivă, avându-se în vedere mecanismul şi procesul anatomo-patologic prin care se formează şi pe care l-am schiţat mai sus.

Redau pe scurt observaţiunea clinică.

Observaţiunea Nr. 4560 din 21.XII.1941. — *„Aortită sifilitică cu insuficienţă aortică; — anevrism popliteu arterio-venos spontan, rupt, de natură sifilitică cu gangrena gambei drepte;* — extirpare cu împătrită ligatură; — amputaţie; — sucombare.

Este vorba de bolnavul Ş. E. în vârstă de 42 ani, croitor, căsătorit, din comuna Pecica judeţul Arad. Părinţii morţi fără a se putea preciza cauza, la o vârstă destul de înaintată. Şoţia nu a avut nici o sarcină. In 1923 a avut un şancru unic, când i s'a făcut şi R. B. Wassermann. Nu-şi aminteşte rezultatul, dar ştie că a fost tratat cu injecţii, mai multă vreme. Nu fumează, uzează moderat de alcool.

Boala actuală datează de aproximativ o jumătate de an, când bolnavul a observat la nivelul groapei poplitee dreaptă o mică tumoretă de mărimea unei boabe de fasole, de consistenţă moale, nedureroasă, ce dispărea în poziţiunea culcată. De atunci a crescut mereu, până ajunsese de mărimea unei nuci, care făcea să bombeze regiunea. In acelaşi timp obosea şi simţea dureri la nivelul gambei respective, devenind cianotică şi tumefiată, când mergea sau stătea mai mult în picioare, fenomene ce dispăreau deasemenea în repaus. Câteodată piciorul şi jumătatea inferioară a gambei îi amorţeau şi deveneau reci, iar tegumentele ce acopereau această formaţiune tumorală, depresibilă pe care bolnavul şi-o masa de multe ori, sau aplica comprese reci, erau de aspect normal.

Cu patru zile mai înainte, bolnavul aplică trei lipitori, cari se fixează chiar la suprafaţa tumorei. După 24 ore de repaos la pat, bolnavul a început să simtă împunsături şi dureri în pulpa dreaptă, gamba respectivă să se tumefieze mult şi să devie cianotică, fapt care l'a determinat să se internieze în spital. In drum aceste fenomene se accentuează şi încearcă senzaţia unui frison. Cu cinci ani mai înainte a prezentat aceiaşi formaţiune tumorală, exact cu aceleaşi caractere, însă ceva mai mică, la nivelul regiunei poplitee dela celălalt membru inferior (stâng). Chemând un medic, acesta îi face o incizie la acest nivel, dar n'a eşit decât sânge roşu, şi care îl trimite de urgenţă în spital, unde a stat 40 zile, după ce i s'a făcut o intervenţie chirurgicală.

La intrarea în serviciul nostru, bolnavul prezintă o tumefiere difuză, edematoasă cu cianozarea piciorului şi gambei drepte, dură la palpare, nedureroasă spre extremitate, puţin senzibilă la apăsare în jumătatea superioară. Gamba flectată pe coapsă cu 60°. Groapa

poplitee este diformată, deasemenea, de o tumoră de mărimea unei portocale, dură elastică, sub tensiune, fără a se percepe altă senzaţie, decât o uşoară fluctuenţă la o apăsare mai mare şi care se continuă fără limite precise, cu tumefierea gambei. Tegumentele dela acést nivel mai închise echimotice, uşor violacei, cu două--trei soluţii de continuitate; ceva mai mari decât un bob de linte, acoperite cu cruste. Piciorul şi jumătatea inferioară a gambei rece la palpare, violacei, infiltrată, dură. Pulsul la nivelul arterei pedioase nu se simte. Sensibilitatea dureroasă, tactilă şi termică dispărute. Reflecţiile, achilian dispărut, rotulian diminuat bilateral. Pupilele egale, centrale, reacţionează la lumină şi distantă.

Aparatul respirator: Uşoare raluri umede spre baze.

Aparatul circulator: suflu diastolic la focarul aortei cu propagare apexiană. Pulsul carotidian, şi radial bondisant şi depresibil 120⁰. T. A. = 15 × 5.

Urina: mai puţină şi închisă la culoare, — temperatura 37.5—38 Aspect uşor intoxicat.

R. B. Wassermann = ††† (intens positiv).

Operaţiunea: Se face mai întâi o incizie longitudinală mediană în treimea inferioară a coapsei, imediat deasupra golului popliteu, se descoperă nervul popliteu intern, şi vasele poplitee (artera şi vena) pe cari se aplică o hemostază provizorie. Se prelungeşte apoi incizia tegumentelor în jos până la treimea superioară a gambei. La prima lovitură de bisturiu în aponevroza poplitee, sunt aruncate brusc şi sub tesiune, o cantitate de chiaguri negre. Lărgind incizia şi evidând complect cu mâna tot conţinutul acesta, format numai din coaguli de culoare neagră şi puţin sânge roşu, se dă într'o cavitate de mărimea unui pumn de adult, format în partea inferioară de muşchii posteriori ai gambei şi care în spre gambă şi în partea superioară, pe o porţiune ceva mai mică decât o suprafaţă palmară de adult, este căptuşită cu o formaţiune endotelială, în care se deschide în sus artera poplitee şi ceva mai jos şi mai exterior vena poplitee. Polul inferior al pungei se prelungeşte în formă de pâlnie numai cu artera poplitee. Se prepară distal vena poplitee, care se găseşte împinsă la o parte antero-exterior, odată cu porţiunea de sac rupt, fiind înglobată la pereţii pungei endarteriale. Incercând dinspre gambă să introducem o sondă în lumenul venei poplitee, suntem conduşi într'un ţesut scleros aderent la sac, ceiace rezultă că vena era complect obstruată. Se face ligatura împătrită a vaselor poplitee şi se încearcă să se extirpe punga anevrismală ruptă, dar nu se reuşeşte decât parţial, fiind foarte aderentă la ţesuturile vecine. Se închide parţial plaga, lăsându-se un drem în colţul inferior.

23.XII.1941: Bolnavul febril 37.5—38. Puls bondisant frequent 104⁰. Extremitatea inferioară dreaptă dela jumătatea gambei în jos, se menţine rece, ceanotică. I se aplică termofor local, la interior-cardiotonice.

24.XII.1941: Bolnavul ca aspect arată un început de intoxicaţie. Palsul puţin mai frequent (110⁰). Febra în uşoară scădere, ceiace denotă o tendinţă spre colaps Avându-se în vedere această stare ge-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

nerală a bolnavului, se face amputaţia în treimea superioară a gambei, lăsându-se bontul larg deschis. Se administrează glucoză intra-venos, infuzie cu ser fiziologic, cardiotonice.

29.XII.1941: Starea bolnavului se agravează din ce în ce şi sucombă cu fenomene de colaps cardiac. Necropsia nu se poate face, din cauza familiei care se opune.

Din descrierea cazului reese deci, că punga anevrismală arterială, după ce a înglobat în peretele ei şi a obstruat în partea distală vena satelită, a perforat-o în partea proximală (aferentă) formând un anevrism arterio-venos, aşa zis tip Rodrigues, adică cu o singură pungă arterială, ce comunica direct cu vena satelită.

Din literatura medicală clasică se poate vedea că deschiderea unui anevrism arterial într'o venă satelită este o complicaţie rară. Deşi anevrismele de natură sifilitică sunt foarte multe şi cu localizarea cea mai frumoasă în regiunea poplitee, totuşi această complicaţie se produce extrem de rar. Se citează cazul lui Rizzoli, de anevrism arterio-venos spontan între o ramură a occipitalei şi sinusul transvers din vecinătate şi cazurile lui Riehm, Weinkauff şi Schäffer formate între arterele carotidiene interne şi sinusurile cavernoase respective, dar cari nu sunt de natură sifilitică, autorii incriminând alte cauze, cum ar fi gripa, etc. In literatura mai recentă găsim un singur caz de anevrism popliteu arterio-venos spontan, tip Rodrigues, de natură sifilitică, publicat în „Clujul Medical" din 1924, de D-r A. Rădulescu, Medic Primar, Director al Spitalului de Ortopedie din Cluj şi D-r Valeriu Suciu, internul spitalului în care se face extirparea cu împătrită ligatură, vindecare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cazul nostru prezintă câteva particularităţi, pe cari nu le găsim la celelalte cazuri cunoscute. La bolnavul nostru fiind vorba de o infecţiune sifilitică localizată şi pe alte artere (aortă, poplitee stângă, etc.), recunoscută şi stabilită prin sero-reacţia B. Wassermann, anevrismul este produsul localizării acestei infecţiuni. Aşa dar anevrismul arterio-venos în cazul nostru este de natură sifilitică.

Deşi localizarea anevrismelor sifilitice în regiunea poplitee este destul de frequentă, totuşi bilateralitatea, pe care o observăm în cazul nostru trebue privită ca o eventualitate rară. Bolnavul cu cinci ani înainte, a prezentat o afecţiune identică în regiunea poplitee la piciorul stâng, care din eroare i-a fost incizată de un medic şi internat de urgenţă în acelaşi serviciu de chirurgie, unde s'a constatat că nu este vorba decât de un anevrism al arterei poplitee, de sigur de acéiaşi natură, pentru care s'a făcut atunci ligatura dublă a arterei respective, operaţie No. 1792 din 16 Dec. 1936.

Ruptura anevrismului arterio-venos la bolnavul nostru, care cu 24 ore înainte aplică 2—3 lipitori la locul tumorei, produsă sau nu din această cauză, probabil printr'o alteraţie a pereţilor pungei anevrismale, este de asemenea o complicaţie, care merită să ne reţină puţin atenţiunea, mai ales că nu este vorba de un traumatism şi nici nu este sigur că s'a produs din cauza lipitorilor aplicate.

Cazul nostru însă, prezintă o particularitate din cele mai importante şi care nu s'a observat aproape niciodată în anevrismele arterio-

venoase în general. Ridicarea mare de temperatură locală, fiind un fapt constatat în anevrismele arterio-venoase, din cauza irigaţiei mai mare cu sânge arterial decât venos, făcută prin sistemul venos în mod retrograd, nu o găsim la bolnavul nostru, ci din contră extremitatea inferioară dreaptă se tumefia la oboseală şi la statul mai mult în picioare, devenind cianotică şi rece cu senzaţie în amorţeală câteodată, altădată simţind dureri în jumătatea inferioară a gambei şi piciorului, fenomene ce dispăreau în poziţia culcată, când începea să-i simţă din nou cald. Aceasta, probabil din cauza obstrucţiei complecte a venei poplitee, înglobată la peretele sacului în porţiunea ei eferentă, circulaţia de întoarcere făcându-se numai prin sistemul venos superficial (sistemul safen), dând o uşoară stază, care dispărea în poziţia culcată şi care obstruare am constatat-o la intervenţie prin disecarea sacului anevrismal.

Circulaţia colaterală arterială nu s'a putut desvolta pe de o parte din cauza acestei staze, iar pe de altă parte şi din cauza că o parte din sângele arterial se pierdea la nivelul sacului, numai în sensul cav, prin vena poplitee aferentă, obstruată în partea eferentă, fapt care a produs mai sigur şi mai repede gangrena extremităţii prin ruptura şi ligatura vaselor poplitee, la cari a contribuit de sigur şi compresiunea bruscă făcută printr'un hematom, sub o tensiune mare şi din care cauză noi nu am mai putut să ne dăm seama, în mod clinic, nici de prezenţa sau absenţa varicelor pulsatile, nici de starea arterei pedioase.

Prezenţa acestui fenomen al ridicărei temperaturei locale este explicabilă şi logică în anevrismele arterio-venoase de natură traumatică, precum tot aşa de explicabilă şi logică este absenţa lui în anevrismele arterio-venoase spontane, avându-se în vedere modul de formare al acestuiu din urmă, pe care l-am amintit la începutul acestui articol şi care reese clar din descrierea anatomo-patologică a cazului nostru, deşi în singurul caz de anevrism arterio-venos popliteu spontan publicat de D-r Rădulescu şi Suciu, se constată prezenţa acestui fenomen şi a varicelor pulsatile, sincrone cu pulsul radial.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Institutul Obstetric şi Ginecologic Timişoara
Director: Medic Primar Dr. L. Gabor

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA A CINCI CAZURI DE CANCER PRIMITIV AL VAGINULUI

de

D-r L. GABOR Medic primar — **D-r VOISIAN R.** şi **D-r MIŞCĂ N.** Medici secundari

Cancerul primitiv al vaginului este o afecţiune destul de rară, faţă de celelalte cancere genitale la femei. Nurnberger dă un procent de 0.64-3.7%, L. Mary Moenh 1%, Buben 2%, iar Weibel la 622 cancere genitale găseşte 36 cancere vaginale. Cli-

nica Ginecologică din Geneva găseşte în 10 ani la 338 cancere ginecologice, 10 cancere primitive ale vaginului.

In Institutul Obstetric şi Ginecologic din Timişoara de sub conducerea d-lui Medic Primar D-r. L. Gabor în primele 10 luni ale anului 1946 din 44 cancere genitale, s'au găsit 5 cancere primitive ale vaginului.

Cancerul primitiv al vaginului, cel mai adesea este un epiteliom pavimentos, foarte rar tubular care ia uneori forma unei ulceraţii indurate, sau altă dată forma unei tumori vegetante ori papilare, ori se mai poate prezenta şi sub forma unei infiltraţiuni profunde presărând vaginul cu noduli indurati.

El ocupă adesea peretele posterior, mai ales fundul de sac.

Uneori poate lua forma unui epiteliom de origine Wolfiană, situat în peretele anterior sau antero-lateral, fiind atunci de tip cilindric.

Cancerul primitiv vaginal progresează rapid dând ulceraţii, hemoragii, supuraţii ichoroase, prin prezenţa sa producând leziuni grave şi organelor vecine. Invadează cu predilecţie septul rectovaginal.

Dăm mai jos cele cinci cazuri clinice intâlnite de noi, în Institutul Obstetric şi Ginecologic Timişoara dela 1 Ianuarie la 1 Noembrie 1946:

1. **P. M.**, în vârstă de 66 ani intră în serviciul nostru la 25 Mai 1946, prezentând o ulceraţie îndurată, sângerândă, a peretelui lateral drept al vaginului, făcându-i-se diagnosticul de **cancer primitiv ulcerativ indurat al peretelui vaginal:** parametrele şi colul libere, peretele şi mucoasa vezicală şi rectală normale ganglionii nu par a fi prinşi. R. W. în sânge, negativ, examenul urinei pentru albumină, puroiu negative, sedimentul urinar neprezentând nimic patologic. Starea generală a bolnavei bună, apetitul păstrat.

Se decide pentru tratament cu Radium şi Röntgen. După luarea măsurilor de asepsie şi antisepsie se pregăteşte tubul de radium desinfectându-l şi învelindu-se într'o comprese mică de tifon steril se aplică direct pe ulceraţie fixându-se prin tampoane vaginale. Cantitatea radiumului aplicat este de 18 mgr. Tubul se schimbă la fiecare 24 ore pentru a se face din nou toaleta vaginală şi se aplică astfel consecutiv timp de 5 zile adică 120 ore în total. După terminarea celor cinci şedinţe de radium se continuă apoi tratamentul cu raze röntgen administrându-se în 6 şedinţe: trei câmpuri abdominale şi trei lombo-sacrate a 400 r, distanţa 35 cm, filtru 0,5 Cu + 3 Al, voltaj 185 KV, 4 mA. Şedinţa durează 20 minute, zilnic se face o şedinţă sau după cum suportă bolnava. Fără radium facem doze duble de rontgen.

Imediat după terminarea şedinţelor de radium şi rontgenterapie, la 5/VI/1946 examenul genital arată: necroză cu uşoară tendinţă de granulare a ulceraţiei, iar bolnava se lasă la domiciliu cu indicaţia de a-şi face zilnic irigaţii vaginale cu desinfectate în soluţii slabe.

La două luni bolnava revenind pentru control, examenul genital arată o cicatrice rămasă după vindecarea totală a neoplasmului.

2. **L. I.**, în etate de 46 ani, divorţată, casnică, intră în serviciul

BCU Cluj / Central University Library Cluj

nostru, prezentând o formaţiune conopidiformă, friabilă, sânge rândă a peretelui posterior al vaginului. La început neputând exclude nici posibilitatea unei gome sifilitice, se face întâi reacţia Wassermann în sânge care însă dă un rezultat negativ. Se repetă analiza după provocare iar rezultatul este tot negativ: astfel excluzând posibilitatea unei gome sifilitice, se fixează diagnosticul de **cancer primitiv condoiliform al peretelui posterior al vaginului.** Parametrele şi colul libere, peretele şi mucoasa rectală şi vezicală normală şi neinteresată, ganglionii neprinşi în urină şi sedimentul urinar nimic patologic, afebrilă, starea generală a bolnavei bună, apetitul păstrat.

Intrucât cancerul este conopidiform se decide întâiu pentru excoclearea vegetaţiilor, după care bolnava continuă încă a face câteva zile irigaţii vaginale, apoi se face acelaş tratament ca şi la bolnava mai sus descrişă, iar la controlul genital la 2 luni după tratament se observă uşoară cicatrice pe peretele posterior vaginal, rămasă după vindecarea complectă a neoplasmului.

3. A. A., 27 ani, căsătorită, casnică. In antecedentele heredo-colaterale nimic deosebit. Scarlatină în copilărie. Menarchia a survenit la vârstă de 15 ani, ciclul menstrual ţinând 4—5 zile. Nu poate preciza data ultimei menstruaţii. O naştere, nici un avort.

Boala actuală datează dinnainte cu trei luni, cu pierderi de sânge neregulate din vagin, jenă la contact, etc. Apetit păstrat. Starea fizică satisfăcătoare.

La examenul genital se constată: uterul în poziţie normală, pe peretele posterior al vaginului sub fornicele respectiv (posterior) se simte o ulceraţie de mărimea unei monede de 100 lei cu baza infiltrată şi cu suprafaţa acoperită cu proliferaţiuni friabile sângerânde.

Pentru a face diagnosticul diferenţial cu o gomă sifilitică se face R. W. în sânge, rezultatul fiind negativ (Bul. Institutului de Igienă Timişoara No. 27/291/946)). Deci se face diagnoticul de **cancer primitiv ulcerat al fornicelui posterior al vaginului** şi se indică: extirparea, apoi tratament cu radium şi rontgen.

Bolnava se află actualmente sub tratament şi deci rezultatul nu poate fi constatat încă.

Menţionăm însă două cazuri examinate de noi, care însă din imposibilitate materială nu au putut face tratament cu radium şi au fost îndrumate numai la Secţia de Radiologie a Spitalului de Stat.

4. S. I., în etate de 60 ani, văduvă, casnică, vine la consultaţiile noastre pentru sângerări neregulate şi apariţia unei tumefacţii în regiunea inghinală dreaptă. La axamenul genital se constată uterul în poziţie normală, mic, senil, colul şi parametrele libere, iar pe peretele drept al vaginului şi întins spre labia dreaptă, o ulceraţie craterifor mai friabilă şi sângerândă, adenită inghinală dreaptă consecutivă. Se face diagnosticul de **cancer primitiv inoperabil al vaginului** cu adenopatie consecutivă şi se îndrumă la Serviciul de Radiologie al Spitalului de Stat. Ganglionii inghinali erau duri, conglomeraţi, fără tendinţă de supuraţie.

Amintim în treacăt că cele 2/3 superioare ale vaginului sunt tributare ganglionilor hipogastrici şi iliaci, iar 1/3 inferioară ganglionilor inghinali. După Rouviere şi Chateula, limfaticele vaginului sunt împărţite în două grupe: grupa satelită arterei uterine mergând la ganglionii iliaci

și grupa satelită arterei vaginale ce merge la ganglionii hipogastrici.

La tratamentul radiologic se va ține seama de felul de invadare a ganglionilor pelvieni și inghinali.

5. I. C., etate 41 ani, căsătorită, casnică, se prezintă la consultațiile noastre acuzând ușoare pierdere de sânge din vagin, dureri în ambele fose iliace, slăbire în forța fizică și în greutate.

La examenul genital se constată uterul de mărime și în poziție normală, pe peretele posterior al vaginului se tușează o formațiune conopidiformă ce se întinde până la nivelul fundului de sac: ambele parametre prinse în infiltrat. Se face diagnosticul de cancer primitiv inoperabil al peretelui posterior vaginal, îndrumându-se în același serviciu de radiologie al spitalului de Stat.

Pe aceste două cazuri din urmă, nu am avut posibilitatea de a le urmări mai departe căci cu toată insistența noastră de a se prezenta la control, ele nu s'au mai reîntors la noi.

In ce privește tratamentul cancerelor primitive ale vaginului inoperabile. unii autori *(Bumm, Philipp, Heyman, Baisck, Gal, etc.)* admit numai radiumterapia, alții *(Buben, Geiscke, Simon)* indică radium plus rontgenterapia.

In Institutul nostru tratamentul cancerelor genitale inoperabile se conformă acestora din urmă, observând noi rezultate mult superioare în caz de tratament combinat, față de tratamentul făcut numai cu raze rontgen.

Din punct de vedere al felului de aplicare al radiumului, unii autori ca *Philipp* și *Gornick* aplică tubul de radium direct pe leziune, pe când alții *(Buben, Simon)* îl aplică la distanță obținând astfel o iradiere mai puțin intensă dar mai omogenă.

Noi aplicăm radiumul direct pe leziune.

N'am avut posibilitatea de a urmări cazurile noastre mai sus citate un timp mai îndelungat, dar după alte statistici ca cea a lui *E. Held* medic adjunct al Clinicei Obstetricale din Geneva, rezultatele dela 5 cazuri au fost următoarele:

1 caz vindecat pe 8 ani
1 caz vindecat pe 7 ani
1 caz vindecat pe 3 ani
2 cazuri vindecate pe mai puțin de un an.

Referitor la operabilitatea cancerelor primitive vaginale, părerea noastră este, că ele aproape întotdeauna trebue considerate ca fiind inoperabile, deoparte în urma faptului că regiunea localizărei lor din punct de vedere anatomic, nu se pretează nici cum la o extirpare prea largă, nici în extindere pe suprafață, nici în profunzime, dealtă parte în urma faptului că peretele vaginal fiind foarte subțire (Labhardt) invadarea căilor limfatice și a ganglionilor se produce rapid și deci mult mai timpuriu, decât ca printr'o simplă excizie a ulcerației, problema neoplasmului să fie bine soluționată.

O intervenție operativă de mai largă, sau de mai profundă extindere pe vagin, lasă după sine defecte anatomice foarte grave și cicatrice foarte supărătoare, radiumterapia însă

conservă integritatea anatomică şi funcţională nu numai a organelor genitale ci şi a organelor vecine de importanţă mare, cum este rectul şi vezica urinară.

Concluzia noastră este că tratamentul combinat cu radium şi rontgen ar trebui preferat tratamentului chirurgical, în toate cazurile de cancer primitiv al vaginului.

Singura greutate întâmpinată în aplicarea acestui tratament este faptul, că tratamentul cu radium fiind foarte costisitor, nu poate fi la îndemâna oricui. Ar fi deci de dorit ca prin intervenţia Statului, toate Spitalele de specialitate să fie dotate cu acest mijloc terapeutic atât de important.

SCURTA PRIVIRE ASUPRA 23 INTERVENŢII CHIRURGICALE PE ABDOMEN PENTRU PLĂGI PENETRANTE CU LEZIUNI ORGANICE

de

D-r D. SANDU

Chirurg şef al Spitalului militar din Craiova

Autorul expune succeint observaţiunile sale asupra 23 intenţii chirurgicale cu succes, în plăgi abdominale penetrante cu leziuni organice, din 26 operaţii, realizând astfel un procent de vindecare de 88,46.

Atribuie acest succes: intervenţiei precoce, anesteziei potrivite şi tehnicei îngrijite cu observarea unei bune irigări a suturilor intestinale; sulfamidărilor masive şi metodice, care au dus la suprimarea în bună parte a drenajului abdominal; bunei ingrijiri pre şi postoperatorie, aport mare aducând serul uman conservat-Serumkonserve.

Aceste operaţii s'au efectuat pe răniţi de război, la o Ambulanţă Divizionară motorizată, în cursul unui an. In care timp această Ambulanţă a îndeplinit şi funcţia de spital-campanie, executând toate intervenţiile chirurgicale necesare. Gravii răniţi erau reţinuţi până când soarta lor era hotărîtă, în mediu 15 zile, şi, numai după acest timp, adică atunci când puteau suporta transportul erau evacuaţi la Spitalul din urmă, ce se găsea la 300 km.

Au fost internaţi 39 răniţi abdominali cu leziuni organice. Care număr raportat la totalul răniţilor de 1694 trecuţi în acel timp prin Ambulanţă dă un procent de 2,30. Dintre aceşti răniţi abdominali 29 au fost înregistraţi în secţia I-a chirurgie, condusă de mine. Doi au murit înainte de operaţie, unul pe masa de operaţie (în timpul operaţiei), doi în prima zi de operaţie, unul la 8 zile dela operaţie, iar restul de 23 au fost evacuaţi la spital, după o îngrijire de 15—18 zile, de la operaţie, în situaţia ca oboseala transportului să nu le mai poate compromite evoluţia spre bine a stărei sanitare.

Deci, după această statistică, extrasă din registrul acelei Amb., s'a realizat un procent de 88,46 vindecări pe astfel de răniţi (26 operaţi, 23 vindecaţi). Procent ce constituie un deosebit succes, avându-se în vedere starea psiho-fiziologică a rănitului de front şi condiţiile de lucru ale chirurgului la o Amb. In primul război mondial, când încă se punea problema intervenţiei sau abţinerei, în plăgile pe abdomen. Abadie dă 36% vindecări în intervenţii şi 23% în abţineri, iar Mondor 42% în intervenţii şi 19% în abţineri.

Pentru a corespunde spaţiului restrâns de publicare, care ni s'a pus la dispoziţie, nu vom încerca un studiu asupra acestei părţi a chirurgiei de răsboi, care se aseamănă dealtfel cu chirurgia de urgenţă din timp de pace, şi nici chiar o extindere mai mare asupra acestei probleme, ci ne vom rezuma la expunerea succintă a cazurilor, iar la urmă vom adnota observaţiunile noastre, cărora credem că se datoresc aceste frumoase rezultate.

Obs. 1. — Manea Pavel, sold. ctg. 1942, rg. 4 art.: Plagă penetrantă toraco-pulm. cu fract. coastă 9; plagă penetr. abd. cu leziune hepatică. Operat la 2 ore: Laparotomie, sutură ficat, extracţie schije, închidere abd. fără drenaj; excizia plăgei toracice, eschilectomie, închiderea toracelui. Informaţii bune dela Unitate.

Obs. 2. — Vasile Ion, cap. 1937, Rg. 10 r., Plagă toraco-abd. cu ruperea splinei hemoragie internă, plagă penetrantă toraco-pulm., ambele schije brandt. Operat la 1½ ore: Laparotomie, splenectomie, închidere fără drenaj, după extracţia schijei şi sutura plăgei diafragmatice. Excizie şi închiderea toracelui. In amb. 15—29 Iunie.

Obs. 3. — Plesa Ilie, sold. 1932, Rg. 5 Căl.: Plagă penetrantă abd. schije cu perforarea stomacului şi ruptura unei arcade mezenterice. Operat la 1½ ore: Laparotomie, ligatura vaselor (care nu compromite nutriţia intestinului), sutura gastrică, extracţia schijei, închidere fără drenaj. In amb. 16—30 Iulie.

Obs. 4. — Siuca Vasile, cap. 1927, rg. 4 art.: Plagă prin schije penetrantă a bazinului cu perforarea rectului şi a vezicei urinare. Intervenţie după 1 oră: sutura ambilor pereţi rectali, cistostomie cu sutura peretului vezical şi sondă Pezer, nu s'a găsit schija. In Amb. 25 Iulie—8 August. Scrisoare Spital.

Obs. 5. — Sicrieru Const. sold. 1942, rg. 9 R.: Plagă penetrantă abd. cu ruptura splinei şi perforarea ansei sigmoide. Operat la 2½ ore: Laparotomie, splenectomie înfundarea plăgei intestin., drenaj larg abd., nu s'a găsit schija. In Amb. 26 Iulie—10 August.

Obs. 6. — Tibara Gheorghe, serg. 1937 rg. 9 R.: Plagă schije toraco-pulmo-abd. cu ruptura ficatului şi puternică hemoragie internă. După 5 ore: Toraco-laparotomie cu sutura ficatului, a diafragmului şi a ambelor pleure, extracţia schijei, drenaj subhep. 48 ore. In Amb. 26 Iulie—9 August. Informaţii bune unitate.

Obs. 7. — Simindrenco Nicolae, sld. 1932, Rg. 5 Căl.: Plagă penetr. abd. schije cu perforarea intest. subţire. Plagă org. genitale cu ruperea corp. cavernos drpt. şi a cordonului spermatic. După 6

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ore: Laparotomie, sutura perforaţiei, extracţia schijei, drenaj abd. Castraţie drpt., sutura corp cavernos. In Amb. 28 Iulie—12 August.

Obs. 8. — Firea Lascu, frt. 1940, Rg. 10 R.: Plagă schije penetrantă toraco-abd. cu leziunea ficatului, plăgi prin schije antebraţ drpt. După 5 ore: Toraco-laparotomie cu rezecţia rebord. cost., sutura ficatului, a diafragmului şi a ambelor pleure, schija reţinută în ficat, închidere fără drenaj abd. Drenaj numai la perete. In Amb. 7 August—24 August. Informaţii bune unitate.

Obs. 9. — Coman Stan, sld. 1936, Rg. 9 R.: Plagă bipolară hipohondrul drpt. cu lezarea ficatului. După 3 ore: Laparotomie, sutura ficatului, fără drenaj abd. In Amb. 28 Oct.—12 Nov. Relaţii bune Unitate.

Obs. 10. — Guriţa Andone, cpt. Bt. 5 vt. munte: Plagă trasfixiantă glonte toraco-pulmo-abd. cu perforarea intest. şi ruperea mezent., contuzie cu hematom colonul stg. Plagă transfixiantă a bazinului interesând vezica urinară. După 1½ ore Laparotomie, rezecţia a 15 cm. intest., înfundarea cotuziei colice, sutura diafrg. sutura pleurei. Drenaj abd. Sondă à demeure. In Amb. 4—7 Dec. Scrisoare după 4 luni.

Obs. 11. — Diaconescu Marin, lt. bt. 5 vt. mt.: Plagă penetrantă abd., cu multiple perforaţii intest., peritonită. După 24 ore: Laparotomie, rezecţia intest. subţ. 60 cm., extracţia schijei, drenaj larg abd. In Amb. 4—22 Dec. Scrisoare după 3 luni.

Obs. 12. — Truţă Ion, sld. 1930, Bt. 5 v. mt.: Plagă transfix. abd. glonte cu perforaţii intestin., peritonită. După 16 ore: Laparotomie rezecţia intest. subţ. 75 cm. drenaj abd. larg. In Amb. 4—20 Decembrie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Obs. 13. — Schuster Samoil, frt. Bt. 5 Vt. Mt.: Plagă transfix. glonte cu ruptura splinei şi contuzia colonului stg., hemoragie mare internă. După 3 ore: Splenectomie, înfundarea contuziei colice, drenaj abd. 48 ore. In Amb. 4—19 Dec. Scrisoare.

Obs. 14. — Dragomir Marin, serg. 1938, Rg. 9 R.: Plagă penetrantă abdominală cu multiple perforaţii intest. prin glonte. Operat după 10 ore: Rezecţie intest. subţ. 75 cm., extracţie glonte, drenaj Miculicz. In Amb. 4—19 Dec. Informaţii bune Unitate.

Obs. 15. — Maftei Ioan, cap. 1942 Rg. 9 R.: Plagă penetrantă abd. glonte cu perforarea intest. subţ. După 4 ore: Rezecţie intestin. 25 cm., fără drenaj abd., glontele reţinut în masa lombară. In Amb. 7—26 Dec. Informaţii bune dela unitate.

Obs. 16. — Creţan Gheorghe, plut. Rg. 9 R.: Plagă penetr. abd. schije cu ruptura ficatului, hemoragie internă. După 3 ore: Laparotomie, sutura ficatului, extracţia schijei, închiderea abd. fără drenaj. In Amb. 7—18 Decemb. Scrisoare după 2 luni.

Obs. 17. — Ghelmuş Ştefan. frt. 1936, comp. 4 sanit.: Plăgi multiple membr. sup. şi inf. drpt., plagă penetr. toraco-abd. cu lezarea ficatului prin schije brandt. După 4 ore: Laparotomie, sutura ficatului, sutura diafrag... închiderea abd. fără drenaj. Inchiderea toracelui. Schija s'a extras din abd. In Amb. 14 Dec.—3 Ianuarie.

Obs. 18. — Pârlitu Ilie, cap. 1942 Rg. 10 R.: Plagă penetr. abd. schije interesând cecul. După 1 oră: laparotomie, înfundarea leziunei,

extracţia schijei, închiderea abd. fără drenaj. In Amb. 24 Dec.—9 Ian. Informaţii bune dela unitate.

Obs. 19. — Ion Manolache, cap. 1942, Rg. 5 căl.: Plagă penetrantă abd. schije cu ruptură ficat şi hemoragie mare int. La 2½ ore: Laparotomie, sutura ficatului, extracţia schijei, închiderea abd. fără drenaj. In Amb. 5—21 Febr.

Obs. 20. — Gheorghe Const., frt. 1937 Rg. 9 R.: Plagă penetr. abd. cu ruptura stomac. După 3 ore: Laparotomie, sutură gastrică, extracţia schijei, închidere fără drenaj abd. In amb. 20 Febr.—7 Mart. Informaţii bune prin scrisoare.

Obs. 21. — Heller Wentzel, slt. german: Plagă penetr. toracopulm. cu mare hemotorax, plagă penetrantă abd. cu ruptura ficatului şi hemorag. int. I se face după 2 ore: Laparotomie sub anestezie locală, sutura ficatului, extracţia schijei, închiderea abd. fără drenaj. Inchiderea toracelui. După 12 zile face empiem, ce se drenează prin costotomie.

Obs. 22.—Maximiuc Const., sld. 1933, B. M. D. 14: Plagă transfix. schije abd. cu leziunea ficatului şi perforarea intes. subţ. După 2½ ore: Sutura ficatului, infundarea perforaţiei intes., închiderea abd. fără drenaj. In Amb. 7.XII—22.XII.

Obs. 23. — Apostol Ilie, sld. 1942 Rg. 5 Căl.: Plagă bipolară glonte abd. cu perforaţii multiple intest. subţ., ruptura unei arcade mezenterice, hemoragie int. Se face după 2½ ore: Laparotomie, rezecţie intest. 50 cm. drenaj abd. In Amb. 7 Dec.—28 Dec. Informaţii bune prin scrisoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din cazurile expuse o bună parte a putut fi urmărită mult timp după părăsirea Ambulanţei. Unii dintre răniţi ne-au scris, pentru alţii am cules informaţii dela unităţile lor, numai pentru o mică parte n'am putut aduna ştiri.

Dela început, la această Ambulanţă, bazându-mă pe o bună rutină în chirurgia de urgenţă, am urmărit satisfacerea pe deplin a principiilor de mai jos:

1) Examinarea atentă a rănitului şi, în cazurile dubioase de penetraţie abdominală, explorarea sub anestezie şi aseptic a plăgilor, iar pentru plăgile cu traect de la distanţă, laparotomia exploratrice, căci un proverb chirurgical zice: „mai bine să deschizi un abdomen decât un mormânt".

2) Intervenţia cât mai urgentă, fie ziua fie noaptea. Orice minut câştigat atârnă mult în balanţa prognosticului. Intervenţiile au fost executate în mediu la 3 ore dela rănire.

3) Asepsia cât se poate de riguroasă.

4) Control complet şi metodic al cavităţii abdominale, în raport cu plaga. Repararea îngrijită a leziunilor organice. In suturile gastrice şi intestinale, mai ales pe colon, am urmărit cu toată atenţia ca aceste suturi să fie hemostatice, ermetice, isolante, să păstreze un calibru suficient organului şi, mai ales să fie bine nutrite. O enterorafie insuficient irigată nu se prinde. Deaceia trebue să se dea mare atenţie la rezecţia mezenterului, ca să nu depăşească porţiunea intestinului rezecat. O astfel de

greșeală se remarcă imediat după schimbarea de coloare a capătului de intestin în cauză. Și să nu se pregete pentru refacerea suturei, după rezecția acestui segment insuficient irigat, Nu redau tehnica folosită în cazurile expuse. Menționez numai că în enterorafii pentru evitarea punctului slab mezenteric, am început sutura pe una din fețele laterale ale intestinului, cușând partea mezenterică prin răsturnarea organului. Pentru intestinul subțire am folosit regulat sutura în 2 planuri — un surjet total cu punct în urma acului după fiecare împunsătură, adică scoaterea acului după fir, realizând o etanșeitate și o hemostază bună și al doilea plan un surjet sero-seros cu punte de oprire din loc în loc (sau mai bine zis seromusculo-seromusculos, căci acul pe lângă seroasă prinde și o parte din mușchi). De amintit că surjetul total trebue să resfrângă înăuntru buzele secțiunei, realizând o acolare a seroaselor, astfel că între acest plan și planul următor sero-seros să nu se creeze spații închise. Pentru stomac uneori, pentru intestinul gros mai regulat, am făcut și sutura în trei planuri. Un plan muco-mucos, prin surjet cu punct de oprire după fiecare împunsătură, idem un surjet musculo-seros și al treilea plan printr'un surjet sero-seros ca mai sus, urmărind o bună izolare a firului ce trece prin mucoasă, firul septic. Mai adaug că acest timp al operației, enterorafia, timpul septic, să se execute bine izolat de cavitatea peritoneală, cu o coprostază bună și cât se poate de repede. Sutura pe seroasă am făcut-o cu fir nerezorvabil, in sau mătase, iar celelalte straturi cu fir rezorvabil, catgut. Intervenția se termină prin tratarea plăgei parietale, excizând și închizând orificiul peritoneal. Apoi închiderea abdomenului cu sau fără drenaj. Deși un principiu cu caracter dogmatic spune: „orice plagă de război nu se închide", deci și abdomenul să fie drenat, totuși, având în vedere timpul scurt între rănire și operație și, mai ales, sulfamidările masive ale răniților, n'am respectat aidoma acest comandament și am folosit drenajul regulat numai în leziunile intestinului gros, iar în leziuniile intestinului subțire după apreciere, în raport cu timpul trecut dela rănire și cu întinderea leziunilor. In celelalte leziuni organice n'am pus dren abdominal. Cred că și această ținută a contribuit cu o bună parte la rezultatele obținute. N'am ajuns la suprimarea completă a drenajului abdominal, așà cum comunică Anglo-Americanii că au procedat în ultimul răsboi mondial, bazându-se pe penicilizare sistematică a răniților. Cu aportul penicilinei au ridicat miraculos procentul vindecaților la 94,50% în răniții abdominali cu leziuni organice. Mai menționez că n'am făcut vidarea cavității peritoneale de sânge, când am avut siguranța că nu prezintă pericol de infectare.

5) Ingrijirea atentă pre și post-operatorie a răniților a contribuit cu un însemnat procent. Pe lângă tonicardiace, tonice generale, încălzirea cu pungi chimice, diferite seruri artificiale, hemostatice, partea esențială a contribuției o atribui acelui excelent preparat „Serumkonserve", care remonta ca prin minune

BCU Iași / Central University Library Iași

rănitul. I se administra intravenos pre — şi în timpul operaţiei 200—300 cm., apoi postoperator, la intervale de 6—12 ore, o fiolă de 220 cm. timp de câteva zile, după caz. La acestea se asocia sulfamidarea regulată în injecţii, calculând în mediu 1 gr. pentru 10 kgr. greutate corporală pentru 24 ore, ser antiperitonitic şi ser antigangrenos. Adeseori sulfamide şi ser antiperitonitic am introdus şi în cavitatea peritoneală după operaţie şi ulterior în cazurile drenate.

6) Anestezie potrivită stărei generale a rănitului. De la început am exclus rahianestezia, prea hipotensivă pentru astfel de răniţi. Am folosit în raport cu starea rănitului:

— Anestezie locală cu sol. novocaină 1% singură sau precedată de o injecţie din combinaţia eukodal-efedrină-scopolamină (E.E.S.).

— Evipan sodic intravenos, precedat de E.F.S. cu un sfert de oră, care suprimă perioada de contracturi, obişnuită în evipan.

— Anestezie generală cu ether, administrată cu masca Ombredanne.

— Diferite combinaţii ale anestezicilor de mai sus.

Concluzii. — Rezultatele frumoase obţinute în aceste intervenţii pe abdomen le atribui următorilor factori:

— Intervenţie precoce, anestezie potrivită şi tehnică îngrijită, observând mai ales buna irigare a suturilor intestinale.

— Sulfamidările regulate şi metodice aplicate răniţilor, care au dus la suprimarea în bună parte a drenajului abdominal, grăbind astfel vindecarea.

Cluj University Library Cluj

— Bună îngrijire pre şi postoperatorie, aport mare aducând serul sanguin uman conservat-Serumkonserve.

Am considerat util prezentarea acestor rezultate, deoarece în mic ilustrează uriaşul salt pe care l-a făcut chirurgia de răsboi, de la primul răsboi mondial, când statisticele ne dau proc. de vindecare a acestor răniţi de 30—40%, la al II-lea război mondial, când statisticele Anglo-Americane dau proc. de vindecare în astfel de plăgi de 94,50.

Acest uimitor progres se datoreşte:

— Unei mai bune organizări a serviciului sanitar militar, dotat cu mijloace motorizate şi suficiente pentru transportarea la timp a răniţilor.

— Unei tehnici chirurgicale mai avansate.

— Posibilităţilor mai mari de a remonta rănitul prin sânge, plasmă sau ser uman conservat.

— Şi, mai ales, uimitoarelor mijloace de a stăpâni puterea microbilor, sulfamidele şi penicilina, care progresiv limitează câmpul bisturiului.

Şi cu atât mai folositor apare cunoaşterea acestor progrese, ştiind că pe experienţa atât de vastă a chirurgiei de răsboi îşi clădeşte progresul chirurgia de pace, chirurgia de urgenţă mai ales.

Spitalul „Pavel şi Ana Cristea" Bacău

UN CAZ DE HEMATOCOLPOS

de

D-r VASILE MAREŞ şi D-r EUGENIA STRACHINESCU

Printre malformaţiile prin oprirea în evoluţie dela nivelul aparatului genital femenin, imperforaţia de himen, relativ rar întâlnită, dă manifestări clinice cari induc de multe ori pe clinician în eroare, având în vedere multiplicitatea aspectelor ce le poate îmbrăca şi consecinţele ce decurg din aceasta.

Atreziile genitale cari privesc orificiile dela nivelul tractusului genital femenin, se caracterizează prin imperforaţia acestor orificii; deci poate exista o imperforaţie a gâtului trompei, a colului uterin sau a himenului. Se înţelege uşor că în aceste cazuri, intervenţia chirurgicală poate perfect de bine corecta natura şi să îndepărteze definitiv toate manifestările patologice.

Imperforaţia membranei himeneale nu produce nicio turburare bolnavei până la pubertate, când se instalează ciclul menstrual deci malformaţia nu dă prin ea însăşi, accidente, ci prin acumularea sângelui menstrual îndărătul obstacolului. Acest fenomen a primit numele de hematocolpos, hematometrie, hematosalpinx, după organul destins de massa sanguină.

Distensiunea vaginului, a uterului, a trompei, dau forme tumorale la nivelul acestor organe, cari pot fi confundate cu atâtea afecţiuni, atât de frecvente, de variate şi de un diagnostic dificil, dela acest nivel.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Hematocolposul se prezintă ca o tumoră la nivelul vaginului, care în caz de distensiune masivă poate da fenomene de compresiune la nivelul organelor vecine (vezică, rect), să bombeze planşeul perineal şi himenul imperforat. Uneori bombarea perineului poate atinge dimensiuni enorme, astfel că în cazuri excepţionale, această bombare a putut fi luată drept prezentare craniană în travaliu.

In ceia ce priveşte uterul, acesta se lasă mai greu destins din cauza musculaturii sale puternice. De obiceiu tumora uterină este de dimensiuni mici şi numai rareori ea trece de ombilic. In cazurile de coexistenţă a hematometriei cu hematocolpos, tumora are un aspect bilobat din cauza musculaturii colului uterin care nu se lasă destinsă.

Aceste fenomene, indiferent de localizarea lor, se caracterizează clinic prin prezenţa tumorilor respective şi prin apariţia durerilor cu caracter periodic la datele ce corespund fluxului menstrual. Se înţelege uşor că aceste penurie de semne clinice fac ca aceste manifestări să fie uşor confundate cu toate formaţiunile tumorale genitale şi în genere cu toate afecţiunile basinului. Dar aceasta numai până în momentul examenului genital, care dă imediat deslegarea prin imperforaţia orificiului himeneal sau a colului uterin.

Iată foaia de observaţie a unui caz de acest gen:

Bolnava E. H., de 17 ani, intră în serviciul medical al Spitalului „Pavel şi Ana Cristea", la 11 Ianuarie 1942, cu dureri abdominale şi lombare şi febră moderată.

Antecedente hereditare şi colaterale: fără importanţă.

Antecedente personale: Rugeolă în copilărie.

Istoric: Maladia datează din luna Dec. 1941, debutând insidios cu dureri lombare, la început vagi, discrete, treptat tot mai accentuate, dureri abdominale cu caracter colicativ, agravate prin mişcare, oboseală şi frig. La început durerile apăreau la interval de 2—3 zile, pentru ca după un timp să devină mai frecvente, zilnice. Fenomenele dureroase se intensificau după ingerarea de alimente şi se însoţeau uneori de vărsături. Până acum, bolnava nu a fost menstruată.

Starea prezentă: Nimic deosebit la examenul aparatelor respirator şi cardio-vascular. Pulsul uşor tachicardic (96). Ficatul şi splina în limite normale. Limba saburală. Apetitul păstrat. Scaune normale. Nimic deosebit la nivelul aparatului urinar. Abdomenul de aspect normal. La palpare se percepe în groapa iliacă dreaptă o formaţiune tumorală, rotundă, net delimitată, de aspect kistic, de mărimea pumnului, dură, cu un conţinut sub tensiune, dând senzaţia de remitenţă dureroasă, mobilă mai ales în sens vertical.

Tumora se continuă spre linia mediană cu un cordon orizontal, dur şi sensibil. Ea nu face corp cu uterul, al cărui pol superior se palpează puţin deasupra simfizei pubiene, care este de asemeni sensibilă la presiune.

La examenul genital se observă himenul neperforat, bombat, cu convexitatea în sus; este de coloraţie sidefie şi împărţit în două jumătăţi printr'un diametru situat în plan frontal, de coloraţie albastră-violacee. In timpul eforţului, acest aspect este încă mai clar.

La tuşeul rectal se simte prin grosimea peretelui anterior o formaţiune humorală la nivelul vaginului, depresibilă, puţin dureroasă, care se continuă cu corpul uterin, uşor împins în spre cavitatea abdominală.

Evoluţie: După cinci zile dela internare, menstruaţia se instalează brusc, de o abundenţă extraordinară, bolnava pierzând în decurs de 4 zile cât a durat aceasta, aproximativ 500 gr. sânge. La examenul genital constatăm un orificiu punctiform în centrul himenului, vizibil numai în timpul în care bolnava face un efort.

Din expunerea cazului de mai sus, se poate vedea că se pot face erori de diagnostic în cazuri de acest fel, când examenul genital — obligator în toate afecţiunile micului basin la femee — este neglijat şi când medicul este prevenit asupra unor astfel de cazuri, relativ rar întâlnite în practica medicală.

Spitalul de Stat din Tg.-Jiu
Serv. de Ginecologie şi Obstetrică

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA OPERAŢIEI „CEZARIENE TARDIVE"

de

GABRIEL BORCANESCU
Medic primar

AUREL CUŢU şi **DUMITRU BELLU**
Medici secundari

Fibromul uterin este în general compatibil cu sarcina, rol important jucând aici sediul şi volumul fibromului. Cele mari submucoase sau interstiţiale, cele implantate intracavitar sunt rar capabile să per-

mită chiar fecundația, iar atunci când aceasta se realizează, sarcina este turburată în mersul și evoluția ei.

Miomele mici (cât o alună) dacă permit frecvent fecundația și menținerea sarcinei la femeile tinere, nu e mai puțin adevărat, mai ales la femeile în vârstă, atunci deci, când uneori degenerarea lor fibrocalcară este realizată, pot determina prin prezența lor în însăși intimitatea texturei uterine, turburări redutabile. Pe de altă parte, este cunoscut că retracția uterină — care este echivalentă cu o scurtare permanentă și definitivă a fibrei musculare uterine (Fochier) — se datorește mai ales prezentației umărului, ruperei premature a membranelor, prelungirei travaliului, scurgerei bruște a lichidului amniotic sau a-numitor manevre obstetricale care au de scop extragerea fătului.

Unele uterе, spune Chéron, par a avea privilegiu de a se contracta în mai multe nașteri succesive. Dar spre deosebire de contractură (uterul retractându-se continuă a se contracta), care cedează de multe ori ușor, retracția sau hipertonia uterină cedează foarte greu sau de loc, la paralizante ale fibrei musculare uterine, putând compromite într'o măsură apreciabilă viața copilului și a mamei, fie că se produce sau nu ruptura uterină sau infecția prin stagnarea travaliului. Și în aceste cazuri, când operația cezariană singura se impune, de multe ori aceasta fără a mai fi tipică, devine o „Cezariană tardivă" efectuată, adică atunci „când toate condițiile clinice par a o contraindica".

Executată de Boquel dela Angers, de Lepage cu rezultate fericite urmați printre alții de Jeannin, credem că, mai ales astăzi când o terapie medicală prețioasă aduce un ajutor incontestabil chirurgiei, cezariana conservatoare de urgență nu trebue întotdeauna înlăturată, vizându-se în special menținerea integrității organelor genitale femenine, a căror extirpare nu este neglijabilă pentru echilibrul psihofizic al femeei.

Astfel, în observația noastră este vorba despre gravida A. D., în vârstă de 40 ani, de profesiune casnică, care se internează în serviciul de „Obstetrică și Ginecologie" de pe lângă Spitalul Tg.-Jiu, pentru travaliu început la domiciliu fiind gravidă în luna noua.

A. H. C. Tatăl în viață, mama decedată din motive nepreciizabile.

A. P. Fiziologice: Prima menstruație la 16 ani, ciclul menstrual neregulat înainte, se normalizează după căsătorie (18 ani), menstrele survenind lunar, durând 4—5 zile, în cantitate apreciabilă în ultimii ani, fără dureri.

Patologice: malarie în copilărie; neagă bolile infecto-contagioase și venerice.

Obstetricale și Ginecologice: Septigestă, sexipară. Primele două sarcini au evoluat normal, nașterile efectuându-se eutocic la domiciliu. Dintre celelalte patru, trei în prezentație pelviană și ultima, a șasea, ca anormal a prezentat o prolabare de cordon, foetușii murind în cursul manevrelor de extracție. Bolnava nu poate preciza dacă aceste patru sarcini au fost sau nu la termen. Ultimia naștere acum nouă ani. Neagă afecțiunile ginecologice.

Istoric: Ultima menstruație în Decembrie 1945, Sarcina a evoluat în mod normal fiind bine suportată. Prezentată cu două săptămâni

înainte la consultațiile noastre se găsește din nou o prezentație pelviană. Dorind să aibă un copil viu și ținându-se în special seamă de antecedentele sale obstetricale este sfătuită, ca aproape de termen, să se supună unei operații cezariene, ceea ce refuză. In ziua de 15 Sept. 1946, ora 5 dim., se internează în serviciu, travaliul începând și lichidul amniotic scurgându-se la domiciliu cu trei-patru ore înainte.

Important de remarcat, că durerile s'au declanșat brusc, neregulat fiind urmate la foarte scurt timp de ruperea spontană prematură a membranelor.

Starea prezentă: gravida e de constituție hiperhipofizară. Tegumentele și mucoasele sunt palide. Țesutul celular subcutanat este potrivit dezvoltat. Nu prezintă modificări osteomusculare. Afebrilă.

Subiectiv, gravida acuză o durere permanentă la nivelul abdomenului și în regiunea sacro-lombară, la inspecție, remarcăm, la față, masca sarcinei, o proeminență accentuată a abdomenului, prezența vergeturilor, a liniei brune, ștergerea cicatricei ombilicale, aspectul violaceu al mucoaselor organelor genitale externe și existența, la același nivel, a numeroase varice, ca și în regiunea supra-simfizară și la rădăcina membrelor inferioare. Prin palpeul abdominal, decelăm o tumoră globuloasă dură, fără perioade de relaxare și fără a se putea delimita părțile foetale. Fundul uterului se află la nivelul epigastrului. Cordul foetal bate slab, neregulat și accelerat în jurul ombilicului; syncron cu sgomotele foetale se percepe și un suflu funicular.

In tușeul vaginal, segmentul inferior se găsește relaxat, înglobând parțial membrul inferior drept, care depășește cu foarte puțin orificiul său extern. Mergând în spre cavitatea uterină, ascensiunea mâinei este oprită de o puternică strangulare care fixează extremitatea distală a membrului menționat, care împiedică pătrunderea a unui singur deget măcar mai departe și care se găsește la aproximativ 10 cm. distanță de orificiul extern al colului uterin.

Pelvimetria externă: diam. bispinos 25 cm.; diam. bicrest 28 cm.; diam. bitrochanterian 32 cm.; diam. Baudeloque 20 cm. Rombul lui Michaëlis de asemeni de aspect și limite normale.

Pelvimetria internă: Promontoriul este inaccesibil. Liniile neunite și pereții excavației de conformație normală. Diam. promonto-pubian minim (util) 10,6 cm.

La examenul somatic, nimic patologic de semnalat.

Examenele de laborator: (D-r A. Aposteanu): reacția B. W. se găsește negativă. Ureia în sânge 0,40‰ de ser sanguin; glicemia 0,90‰. In urină, albumina și glucoza absente, sedimentul prezentând rare leucocite și celule epiteliale plate. Numărul hematiilor 3.600.000 mmc.; leucocitele 7500 mmc.

Diagnosticul preoperator: septigestă, sexipară, gravidă în luna 9-a, sarcină simplă în prezentație pelviană, retracție uterină.

Conduita operatorie: retracția necedând la paralizante ale fibrei musculare uterine, copilul fiind încă viu dar suferind intens, părinții dorind insistent un copil (pe care l-ar dori băiat), ne decidem pentru o operație cezariană segmentară imediată. La ora 7 dim., sub rahianestezie, se face laparatomia mediană subombilicală, incizându-se

transversal peritoneul vezico-uterin. Găsindu-ne în imposibilitate de a o prezintă inelul lui Bandl, incizăm corporal uterul, extrăgându-se cu executa cezariana joasă atât din cauza extremei strangulări pe care foarte mare dificultate un făt încarcerat de către corpul uterin, viu, de sex masculin în greutate de 2700 gr.; făt care este găsit cu membrul inferior drept parţial coborît în vagin, iar cel stâng în atelă.

După refacerea peritoneului vezico-uterin, incizat iniţial, se trece la sutura peretelui uterin în două planuri: primul plan fiind făcut cu mătase fără a interesa mucoasa uterină, iar cel de al doilea cu catgut interesând seroasa şi o parte din muşchi.

Anterior coaptării buzelor inciziei uterine, se remarcă în cea dreaptă tangent la nivelul inciziei un fibrom interstiţial de mărimea unui ou de găină a cărui greutate extremă se simte în special la introducerea acului, atunci când se administrează un extract retro-hipofizar în plin muşchi uterin.

Se drenează fundul de sac utero-vezical, după care se închide peretele abdominal urmând tehnica obişnuită.

Diagnostic postoperatoriu: Septigestă sexipară, gravidă în luna 9-a, sarcină simplă, făt viu de sex masculin în S. I. D. P., varietate decomplectă, modul feselor, fibrom uterin mic interstiţial, retracţia inelului lui Bandl.

Evoluţie şi tratament adjuvant: Drenul se suprimă a 4-a zi. Agrafele se scot la 11 zile; iar bolnava, pe care o mobilizăm în a 18-a zi, părăseşte serviciul la 21 zile complect vindecată, împreună cu copilul fără ca în acest interval de timp să fi prezentat vreun semn de infecţie sau complicaţie postoperatorie (febră, hemoragie, etc.). Tratamentului chirurgical i-am asociat sulfamide, seruri artificiale, antistrepto şi antiperitonice, tonicardiace şi punga cu ghiaţă. Nu s'a simţit nevoia administrării penicilinei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In concluzie este vorba în cazul nostru, despre o multioară cu un trecut obstetrical foarte încărcat, la care poate şi datorită altor cauze necunoscute nouă, un fibrom interstiţial mic determină pe de o parte o naştere prematură aproape de termen (cu cât sarcina e mai aproape de termen, cu atât naşterile premature sunt mai frecvente — Meheut), iar pe de altă parte o prezentaţie pelviană (proporţia prezentaţiilor pelviene în coexistenţa sarcinei cu fibromul ar fi de 24% după Olzhauzen şi în 32% din cazuri după Lefour), având drept consecinţă ruperea prematură a membrelor. Credem că turburări în ritmul contracţiilor uterine date de prezenţa fibromului interstiţial menţionat, ca şi scurgerea bruscă a lichidului a favorizat prolabarea parţială a unui membru inferior, complex care a atras după sine o retracţie a inelului lui Bandl, ireductibilă şi care ne-a obligat a interveni, atât în scopul salvării mamei cât şi a copilului, printr'o cezariană tardivă singura de aplicat, adică atunci când condiţiile clinice o contraindicau (lichid scurs şi travaliul început la domicilii de aproximativ 6 ore).

Dată fiind vârsta aceivei noastre (40 ani), prezenţa fibromului menţionat, antecedentele sale obstetricale cât şi prognosticul său atât cel imediat cât şi cel îndepărtat, ar fi trebuit însă, ca şi cezariana executată de noi să fie urmată de histerectomie. Din cauza

neacceptării familiei pentru a face o intervenţie în acest sens, cât şi pentru obţinerea unui şoc operator mai redus, am căutat şi reuşit ca, printr'un tratament medico-chirurgical riguros aplicat, să înlăturăm consecinţele septice ale cezarienei de urgenţă, prin menţinerea uterului, urmând ca o histerectomie sau o castrare de altă natură să se facă, dacă va fi cazul în viitor, în condiţiuni mai favorabile pentru bolnavă.

BIBLIOGRAFIE

V. Valich: Elements d'obstetrique, 1921.
E. Forgue şi S. Massabuau: Gynecologie, 1927.
F. Commandeur: La pratique de l'art. des accouchements, 1927.
C. Jannin: Lecons du Jeudi soir à la clinique Tarnier, 1926.
Ch. Maygrier et A. Schwaab: Précis d'obstetrique, 1937.

Il s'agit dans les considerations ci-dessus, d'une grande multipare qui a du subir une opération césarienne tardive à la suite d'une retraction utérine irréductible et qui, d'ailleurs comme son nourrison, quitta l'hôpital après 21 jours, sans présenter le moindre signe de complications.

Les auteurs insistent, qu'étant données les nouvelles medications anti-infectieuses que nous possedons aujourd'hui, il ne faut rejeter systematiquement „l'opération césarienne tardive qu'on peut ainsi exécuter avec plus de succés et qui offre le grand avantage de maintenir l'intégrité des organes génitaux de la femme, ce qui signifie beaucoup.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O PROBLEMĂ SOCIALĂ: NOUĂ MONŞTRI INTR'O FAMILIE

de

Dr. Alexandru Chirmiciu şi D-rand Dinu Nedelescu
Spitalul Deparaţi-Teleorman

Autorii prezintă cazul unei familii disgenice, care a dat naştere până astazi la 9 monştrii; şi insistă asupra acestei probleme eredo-patologice şi asupra măsurilor practice de luat pentru protecţia familiei şi a societăţii.

Articolul de faţă urmăreşte înfăţişarea restrânsă şi modestă a unei chestiuni generale, care s'a pus la un moment dat în faţa unui medic practician, în activitatea lui, curativă, la un spital mixt dela ţară.

Faptele: o femeie a născut un monstru; această femeie face parte dintr'o familie care a dat naştere, până astăzi la 9 monştri, iar ea însăşi este la a doua progenitură a sa anormală.

Are dreptul această familie să reproducă fără sfârşit monştri sau degeneraţi?

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Societatea are datoria să pună zăgaz acestei patologice şi monstruoase ereditţi?

* * *

Redăm mai jos cazul clinic:

Femeea Ioana F..., de ani 28, din Baldovineşti-Teleorman, se internează de urgenţă în spitalul nostru la 13 Sept. 1944, pentru sarcină aproape de termen şi dureri abdominale de 7 zile, abdomen foarte mare şi sub tensiune. La câteva ore după internare punga apelor se sparge lăsând să se scurgă 8 litri de lichid (hidraminoş). Travaliul durează 30', fătul se degajează în prezentaţie facială. *Constatăm că suntem în faţa unui monstru neviabil,* de sex femenin, în greutate de 1800 gr., cu aspect de broscoi: craniul şi canalul medular larg deschise, iar encefalul şi măduva spinării înlocuite cu o masă roşietică-vasculară. Facerea a durat o oră şi a decurs normal. Membranele deşi foarte groase s'au rupt spontan. Placenta a avut 450 gr. Hidraminos de 8 litri.

Post-partum: control uterin, vacc. Delbet, prontosil. Pleacă complect vindecată după 10 zile.

Antecedente personale: în 1939 femeea a mai fost internată în spitalul nostru având un copil de 2 ani, anormal, care prezenta un rachioschisis întins lombo-sacrat, exteriorizat printr'o tumoră voluminoasă, cât 1/3 din corp, cu creştere rapidă şi disproporţionată, care mai târziu a decedat. Femeea mai are 3 copii în viaţă, sănătoşi şi normali şi a mai avut un avort spontan în 3 luni.

Sarcina actuală evoluează din luna Ian. 1944. Ultima regulă—

a 16 Ian. Deci pacienta se prezintă cu o sarcină abea în luna a VIII-a.

In primele luni nu a avut turburări. Mişcările fătului le-a perceput mult mai târziu şi mai puţin ample decât le cunoştea. In a 2-a jumătate a sarcinei a avut, cu intermitenţe, dureri lombare şi abdominale, vărsături, sufocaţii, febră, slăbiciune, nelinişte, ameţeli. S'a simţit foarte greu şi nu a mai putut munci, cum a făcut în cursul celorlalte sarcini, iar abdomenul a crescut prea mult. De 7 zile au apărut dureri abdominale şi lombare atroce, cu contracţii de expulzie.

In antecedentele ambilor soţi nu găsim nici alcoolism, nici sifilis. Sero-reacţiile făcute în spital sunt negative.

Antecedentele heredo-colaterale sunt grave. Mama pacientei a născut 8 copii, dintre cari *2 monştri — cu cap de broscoi;* un frate al mamei a avut 5 copii dintre cari *4 monştri;* o soră a mamei a fost idioată din naştere, a trăit până la 13 ani, imobilizată într'o troacă.

După spusele pacientei, această teribilă ereditate, întreagă familiei, o datorează bunicei ei, care a fost o alcoolică în ultimul grad — veşnic cu ţuica la gură — şi era şi o femeie stricată, cu moravuri uşoare, de ajunsese cunoscută în toată regiunea, în timpul războiului din 1916—18, părăsită de soţul ei pentru aceleaşi motive.

Din relatarea cazului clinic, subliniem faptul că sarcina a evoluat cu accidente, dureri şi turburări serioase. Datele acestea, conexate la antecedentele obstetricale ale pacientei (un copil anormal în 1939 şi, mai ales, la antecedentele ereditare imediate şi mai îndepărtate (morbiditate ereditară cu 7 monştri la ascendenţii familiei), ne-au făcut să ne gândim dela început la posibilitatea unei anomalii privind fătul; semnele subiective fiind întărite de prezenţa unui hidramnios de 8 litri, facere prematură în 1 August, şi expulsie în prezentaţie facială.

Digitized by Romanian Academy of Sciences, Bucharest, Romania

Examenul anatomic al monstrului. Corpul bine conformat. Capul înclinat pe spate, este lipit de torace. Craniul privit din faţă: nu are boltă, nici frunte, ceea ce îi dă un aspect de broscoi; pleoapele fiind implantate deasupra arcadelor sprâncenoase, iar ochii făcând un relief pronunţat în afara orbitelor. Craniul privit de sus: bolta lipseşte înăuntrul cavităţii o mică masă neregulată, moale, roşie-violacee, vasculară, în jurul ei pielea cu fire de păr. Canalul medular este larg deschis pe toată întinderea lui, dela orificiul occipital până la sacru. Şanţul medular ocupat de asemenea de o masă vasculo-membranoasă, uscată fără relief. Piesa a fost trimisă la muzeul de anatomie patologică a facultăţii de medicină din Bucureşti.

Clasificaţia. In ce priveşte varietatea de monstru, cercetând tratatele de anatomie patologică şi medicină legală, găsim că este vorba de o monstruozitate simplă, interesând capul şi trunchiul. Folosind clasificaţia lui Geofroy de Saint-Hilaire, constatăm că în cazul nostru este vorba de un monstru unitar, autozit, clasa Teratencefali, sub clasa Pseudoencefalilor, varietatea pseudoencefal (encefalul şi măduva spinării înlocuite cu un ţesut vascular; craniul şi canalul vertebral larg deschise).

Problema pusă din punct de vedere social, se prezintă astfel: într'o familie, 3 generaţii dau naştere la 9 monştri.

Iată tabloul genealogic al acestei ereditaţi (la 1 Ian. 1947):

Generaţia I	Generaţia II	Generaţia III
MARIA — 1. Marina	1. Ioana F., 31 ani (pacienta noastră)	1 Niculina de 11 ani 2. Elena de 9 ani — Avort spontan 3. *Monstru* sex masc. (Rachio-schisis tratat de noi în 1939). 4. Nicolae de 5 ani 5 *Monstru* sex fem. (Pseudoencefalul care face obiectul articolului de faţă 1944). 6 Marian de 6 luni
	2. Stanca	1. Florica
	3. *Monstru* sex fem.	
	4. *Monstru* sex fem.	
	5. Alexandrina de 20 ani	
	6 Costică de 18 ani	
	7. Aurica de 16 ani	
	8. Valerica de 12 ani	
2. Ioana	1. Ion de 18 ani	
3. Radu	1. *Monstru* sex fem.	
	2. *Monstru* sex fem.	
	3. *Monstru* sex fem.	
	4. *Monstru* sex masc.	
	5. Ortansa de 15 ani	
4. Păuna idioată din naştere		

BCU Cluj / Central University

Judecând starea actuală a familiei şi cercetând amănunţit antecedentele ascendenţilor, găsim factorul patologic (tara ereditară), care a condiţionat-o, şi anume:

Punctul de plecare al morbidităţii este nefasta babă, Maria P. alcoolică şi depravată. Cu soţul ei ea are 3 copii: Marina, Ioana şi Radu, — în aparenţă sănătoşi, însă purtători nemanifeşti ai unei tare grave familiare, pe care o vor transmite progeniturilor lor. Părăsită de soţul ei, baba Maria P., trăeşte cu un alt bărbat şi dă naştere celui de al 4-lea copil al ei, — fata Păuna, idioată şi paralitică, care trăeşte inconştientă, ca un parazit, până la 13 ani, degradând specia umană; — este vorba de o anomalie moştenită în linie directă (un monstru în prima generaţie).

Marina, prima născută, fiica mai mare a babei Maria P., are 8 copii, din cari 2 monştri de sex femenin, — anomalie moştenită prin salt şi transmisă pe linie femeească (doi monştri în a 2-a generaţie).

Ioana, a doua fiică a babei, are un copil sănătos.

Radu, al 3-lea copil al babei, căsătorit cu o femeie de alt sânge, reproduce totuşi pe rând 4 monştri neviabili, 3 de sex femenin, unul de sex masculin. Anomalie moştenită prin salt şi retransmisă pe linie bărbătească (în total 6 monştri în a doua generaţie), pentru ca abia al 5-lea copil al său să-l aibă sănătos.

Dintre nepoţii babei, numai 2 sunt căsătorite şi au copii. Cea mai mare, este pacienta noastră, Ioana F., care a născut 6 copii, dintre cari 2 monştri (cazul tratat de noi în 1939, cu rachioschizis şi monstrul pseudoencefal de faţă, care face obiectul expunerii noastre (doi monstri în a 3-a generaţie).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După cum vedem, **descedenţa babei Maria P., numără până astăzi 25 membri, dintre cari 9 monştri.**

Nefasta babă Maria P., origina acestei morbidităţi a avut:

1 copil idiot din naştere; 6 nepoţi monştri; 2 strănepoţi monştri.

Lista acestora din urmă este abia deschisă, baba având în vieaţă astăzi:

3 copii majori şi familişti; 8 nepoţi; 4 strănepoţi.

Aceşti descendenţi tineri, sau apropiindu-se de maturitate, poartă — prin legătura lor de sânge — în masa germinativă a cromosomilor lor, teribila tară care le-a fost imprimată de bunica lor — (o parte din destinul ereditar al părinţilor lor).

*

Am luat cunoştiinţă de această dramă familiară prin pacienta Ioana., care a apelat de 2 ori în 5 ani, la ajutorul nostru şi am socotit că drama nu este numai a familiei ei, ci şi pentru întreaga societate, de natură a interesa în oarecare măsură cercurile medicale şi am expus-o în articolul de faţă, cu modestele resurse cari ne-au stat la dispoziţie în această direcţie — subsemnatul nefiind specialist în problemele de eugenie şi eredopatologie.

Pacienta noastră este o ţărancă simplă, pe care nu o preocupă câtuşi de puţin problemele eredităţii şi niciun fel de alte probleme — totuş, gândindu-se în mod egoist, numai la vieaţa ei (are abia 30

-ani) şi a copiilor ei, ea ne imploră să o învăţăm ce să facă ca să scape de blestemul care apasă asupra familiei ei, fiind gata a se supune la orice tratament.

Ceilalţi membri ai familiei ei, par a se sinchisi mai puţin de necazul lor comun. Unii sunt prea tineri, iar alţii deadreptul inconştienţi, răspund: „se vede că aşa ne e scris".

Ca medic practician, sunt dator să dau un sfat, iar ca chirurg — un ajutor eficace, cel puţin acelor cari apelează la noi, din propria lor voinţă. Conştiinţa ne obligă să judecăm problema în toată vastitatea ei şi să nu o reducem, cum e mai simplu, la cazul din faţa noastră. Cum să procedăm? Să lăsăm pe ceilalţi descendenţi ai familiei disgenice, pe cari îi cunoaştem, şi cari nu se prezintă voluntar la medic, să reproducă la infinit monştri sau degeneraţii?

Aci este o problemă de eugenie privind rasa omenească şi alta de biopolitică care atinge fiinţa neamului nostru. In mod teoretic, unii vor spune că problema este simplă: să se sterilizeze această familie. Cum? Dela caz la caz, pe măsura prezentării, sau obligatoriu? (prin ce lege?) La ce vârstă pe cei tineri şi imediat pe cei familişti? prin ce metode? In practică, aceşti descendenţi îşi urmează vieaţa lor şi nu se sinchisesc de principiile medicinii, eugeniei sau biopolitiicei.

Primele 2 nepoate sunt tinere, căsătorite, coabitează cu soţii lor şi oricând pot rămâne gravide. La fel cei 3 copii, moştenitori direcţi ai babei Maria P., mama lor, sunt în plină maturitate. Ceilalţi nepoţi şi descendenţi astăzi încă tineri, mâine vor fi în aceiaşi situaţie. Dar tinerii băieţi din această familie, cum ar putea fi supraveghiaţi în vieaţa lor, până la căsătorie?

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cazuri asemănătoare, în alte ţări, s'au luat sau sunt pe cale a se lua măsuri cari să apere familia şi societatea.

In Elveţia, ţinându-se seama de scăderea natalităţii şi de înmulţirea persoanelor anormale, s'au luat din nou în discuţie problemele de biopolitică a populaţiei în vederea asigurării unei descendenţe mai numeroase şi calitativ mai sănătoasă. Asemenea măsuri se iau şi în Suedia. In Japonia, Ministerul Sănătăţii a fondat un institut de cercetări pentru protecţia societăţii. Acesta a pregătit o lege care prevede sterilizarea obligatorie în bolile grave, ereditare; sterilizare benevolă în bolile uşoare.

In cazul pacientei noastre şi a descendenţilor acestei familii cari s'ar prezenta benevol şi ar cere ajutorul nostru, ţinând seamă de factorul patologic constituţional şi de faptul că nu-l putem influenţa prea mult, dar putem să-i împiedicăm apariţia prin mijloace eugenice, — suntem de părere a-i aplica o sterilizare eugenică — în speţă, o intervenţie operatorie abdominală (tubectomie bilaterală).

Nu putem generaliza asupra măsurilor, eventual obligatorii, de luat, — în cazul familiei citate de noi — neavând cunoştiinţă despre existenţa la noi a unor asemenea dispoziţii legale. De sigur că vor mai fi existând şi alte asemenea cazuri de purtători de tare ereditare, de familii disgenice — surse a nenumăraţi descendenţi anormali cari transmit disgenia lor dealungul generaţiilor şi împânzesc omenirea cu bolnavi constituţionali degeneraţi, anormali..., mai mult aiurea, mai puţin la noi.

Alcoolismul, sifilisul şi eredopatologia sunt cauzele lor. Pe acestea să le combatem în primul rând. Ele sunt de domeniul medicinii sociale, unde mai sunt multe de făcut pe teren.

P. S. — Articolul de faţă a fost schiţat în 1944. Ultimele adăogiri le-am făcut în Ian. 1947, după ce am urmărit familia în cauză, peste 2 ani.

Astăzi, baba Maria P. trăeşte încă şi bea ţuică. Copiii ei, adică mama bolnavei noastre şi fraţii ei (unchii), precum şi copiii acestora (verii II), trăesc, aparent sănătoşi, nu au mai avut naşteri şi nici căsătorii. (Vezi tabloul familiei gener. I).

Niciunul din fraţii şi surorile mai mici a bolnavei noastre nu au născut alţi copii şi nici nu s'au căsătorit. (Vezi generaţia II).

Bolnava noastră, femeia Ioana F., a născut în Aug. 1946, un copil de sex masculin, Marian, normal şi complect sănătos. (Vezi generaţia III).

In rezumat, pe ultimii 2 ani avem de înregistrat o naştere normală cu un copil normal, niciun alt monstru.

Les auteurs publient le cas d'une famille disgénique, dont les membres ont donné naissance jusqu'aujourd'hui à 9 monstres. Ils insistent sur ce problème hérédo-pathologique et sur les mesures à prendre pour protéger la famille et la societé.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DIN PREOCUPĂRILE COMBATERII TUBERCULOZEI

de

D-r ION GH. COSMA
Medic igienist—Haţeg

şi

D-r A. COSMA
Medic sec.- spit Bega-Timişoara

Citim în ziarul Adevărul Nr. 16.658 din 9 Sept. 1946: „In strada Ion Morţun 24, s'a sinucis astăzi dimineaţă, înpuşcându-se cu un foc de revolver, Nicolae Săndulescu în etate de 28 de ani. Cauza acestei sinuciderii este că numitul suferea de Tuberculoză în ultimul grad".

Prin urmare s'a sinucis din cauză că numitul suferea în ultimul grad de *Tuberculoză!* Şi avea numai 28 de an Zilnic putem citi astfel de ştiri aproape în toate ziarele.

Tineretul nostru se sbate în mare mizerie. Bolile cele mai variate în special cele sociale-T. b. c, lues, etc. au pus stăpânire pe aceste organisme tinere pe care le rod, le macină, ba uneori îi duc la acte supreme, ca în cazul citat mai sus. Este un fapt care ar trebui să ne dea mult de gândit. Şi câţi tineri vor fi cari se sbat în această mizerie, câţi se luptă cu germenii bolilor, câţi din ei sunt salvaţi? Trebue să recunoaştem cu profundă durere, că nu am realizat aproape nimic pentru salvarea tineretului din ghiarele bolilor cari rod încet dar sigur plăpândul or-

ganism. Şi în felul acesta, anual pierdem mii, zecii de mii de vieţi, fără ca să ne cutremure acest număr înspăimântător de mare. Spunea un savant că dacă pe aceşti nenorociţi cari mor anual, i-am pune pe un vapor, şi dacă aceasta s-ar scufunda împreună cu toţi cei depe el, lumea s-ar scandaliza, presa ar ţipa şi ar cere anchetă. Dar aşa că mor individual, nimenea nu se sinchiseşte de ei. In decurs numai de 30 de ani, am purtat 2 războaie, în care floarea tineretului a dat o contribuţie masivă. Astfel au fost pierdute elemente tinere, în plină vigoare biologică de procreaţie. Azi mai mult ca oricând avem nevoe de fiecare individ, şi avem nevoe de indivizi tineri, capabili de a reîmprospăta generaţiile. A-i lăsa la cheremul bolilor sociale, cari îi duc inevitabil la moarte naturală sau violentă, este un sacrilegiu.

Şi oare în decursul deceniilor ce am făcut pentru aceşti nenorociţi?

Dacă răsfoim legislaţia Sanitară, observăm cu durere că nici până în ziua de azi nu dispunem de o lege modernă pentru combaterea tuberculozei. Căci cea actuală datează din anul 1926, şi este incomplectă, învechită, demodată, şi absolut nepractică. In anul 1934 ia fiinţă Liga Naţională Contra Tuberculozei, care şi ea la rândul ei sufere de multe lacune. Tot ceeace s-a legiferat, s'a făcut pentru individul bolnav. Nu s'a pus mai multă greutate pe individul sănătos, care şi el se poate îmbolnăvi. Cu alte cuvinte s'a pus mai mult fond pe elementul *curativ* decât *preventiv*. S'au înfiinţat sanatorii de munte sau de mare, spitale pentru tuberculoşi, şi ici colo câte un dispensar pentru depistarea t. b. c. dar şi acestea *absolut insuficent dotate*. Evident, plecând dela o premiză falsă, ajungem la concluzii greşite. Cu toţii ştim că e mult mai greu să vindeci o boală, în speţă tbc. decât să o previi. Alţii, au aplicat aceste observaţii, şi traducându-le în fapt, au obţinut rezultate splendide.

La noi, prima preocupare serioasă de medicină preventivă, este Legea Moldovanu din 1930. Dar a fost sabotată atât în trecut cât şi în prezent. In legea sanitară din anul 1930, s'a preconizat înfiinţarea plasei sanitare, pe lângă care să funcţioneze Case de sănătate şi ocrotire. Aceste Case de Sănătate şi Ocrotire, pe lângă alte atribuţii aveau şi rolul de a depista din timp t. b. c. Nu s'a ajuns la generalizarea lor, căci au fost voit neînţelese. Totuşi în ultimii ani s'au înfiinţat câteva. Evident că rezultate nu au dat încă, şi aceasta nu din vina lor, ci a acelora care nu vor să le recunoască eficacitate. Pornind dela această presupunere maladivă, au fost şi sunt complect neglijate. Intâiu de toate nu sunt înzestrate cu utilajul necesar. Lipseşte personalul, lipsesc mijloacele de activitate. Mereu, în mod sistematic au fost sabotate de către conducere. Nu sunt bani? E drept că în

timp ce în alte ţări bugetul Min. Săn. este 24,4% din bugetul statului, ca în Danemarca, sau 15.5% în Austria, la noi este de numai 1.7%. In nici o altă epocă nu s-au irosit atâţia bani pe nimica, ca azi la noi. Numai pentru Sănătate nu se găsesc bani. Cel puţin să nu strigăm în gura mare că se lucrează pentru popor, căci tocmai sănătatea acestuia este mai neglijată. Acestui fapt se datoreşte marele procent al mortalităţii de TBC, după cum vom vedea.

II. Evoluţia T. B. C. In Diferite Ţări Străine.

Cercetând evoluţia mortalităţii de tbc. în Ţări străine vom constata după cum vom avea de aface cu ţări industrializate sau ţări agricole că în ţările industrializate, procentul mortalităţii de Tbc. este mult mai mic ca în cele agricole. Pentru a ilustra aceasta, dăm mai jos după D-l Prof. Daniello următoarele date.

Anglia, anul	1831	347‰	Italia, anul	1900	17-‰
	1921	117 „		1930	108 „
	1931	86 „		1940	80 „
Franţa	1911	222 „	Germania	1918	230 „
	1921	185 „		1928	88 „
	1930	161 „		1932	62 „
Norvegia	1921	203 „	Olanda	1926	96 „
	1928	150 „		1931	37 „
Elveţia	1901	271 „			
	1928	135 „			

In ţările agricole:

Jugoslavia	210‰	ROMÂNIA	182‰
Bulgaria	206 „	Austria	172 „
Polonia	211 „	Cehoslovacia	161 „
Ungaria	197 „		

Se vede foarte clar, că în ţările industrializate, procent mortalităţii de tbc. este mult mai mic ca în ţările agricole, uneori, ca în Olanda, coborând la 37 la suta de mii de locuitori. In acelaş timp mai observăm că procentul mortalităţii tbc, este în continuă descreştere, lucru pe care nu-l vom putea afirma despre România, după cum vom vedea. Care este cauza că în unele ţări mortalitatea de tbc este mai mică ca în altele? Procesul de industrializare, care a creat o imunizare naturală, şi progresul general al civilizaţiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

III. Evoluţia TBC în România.

Anul.	Procent pe ţară.	Pr, pe mediu, Rural	Urban
1932	182 3%,00	172.7%,0000	222.7%,0000
1933	165.7 „	166.3 „	205.8 „
1934	169.6 „	161.3 „	205.6 „
1935	178.8 „	170.0 „	215.0 „
1936	170.2 „	167·3 „	215.6 „
1927	178·5 „	168.3 „	244.3 „
1938	167.4 „	155.1 „	218.6 „
1939	161.4 „	151.1 „	210.4 „

Din tabloul de mai sus, s'ar crede că tbc. este în continuă scădere, dar realitatea este alta, căci curba epidemiilor de tbc. se află în faza apogeului său, iar pentru ultimii ani se poate presupune chiar o creştere (Prof. Dr. Daniello). In mediul urban încă nu a început să scadă ceeace dovedeşte că procesul de civilizaţie încă nu şi-a făcut efectul.

Această stare de lucruri ne este confirmată şi de reacţiile biologice, executate de diferiţi autori. Astfel:

Vârsta	Oraşe		Sate	
	B.	F.	B.	F.
2-7 ani	19%	4.8%	44.5%	42.5%
7-14 „	56.4%	58%	60.3%	75%

Recruţi. 73.2%, Studenţi: 85,9%

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cercetând morbiditatea de tbc, nu putem da date statistice globale, deoarece lipsesc. Din statisticele parţiale făcute de diferiţi autori, constatăm că aceasta variază între 0,84% regiunea Sibiu, (Stoichiţă) şi 2.56% (circ-ţia Brăneşti) ceeace denotă că gravitatea tbc. la noi este foarte mare, mai mare ca în ţările din restul Europei.

Această stare de lucruri ne impune să privim prezentul cu foarte multă seriozitate. Va trebui să depunem o muncă uriaşă şi susţinută în vederea combaterii tbc. Această combatere implică în sine multă — energie şi multe cheltueli. Dar nimic nu va trebui să precupeţim în atingerea scopului propus. Resursele materiale vor trebui găsite cât mai neîntârziat, iar energiile trebuesc mobilizate în vederea acestei bătălii.

IV. Profilaxia socială a T.B.C.

Combaterea tuberculozei o văd posibilă numai prin intermediul *Casei de sănătate şi ocrotire.* In acest scop va trebui în primul rând să generalizăm plasele sanitare şi apoi înzestrate cu personalul şi aparatura necesară.

Unii dintre conducătorii Sănătății publice, secondați de mulți confrați nu sunt pentru acest lucru. Ori, cum își pot închipui aceștia că medicii primari de boli pulmonare sau interne să poată face combaterea tbc, când ei au îndatorirea principală de a tămădui și nu a preveni? Pot aceștia să se deplaseze în întregul județ pentru a face depistarea cazurilor? Când atunci s'ar ocupa de bolnavii lor? Trebue să fie un alt organ a cărui principală ocupație să fie prevenirea și combaterea bolilor. Acest organ este medicul igienist de plasă, a cărui acțiune să se desfășoare într'o rază bine determinată. La plasă să funcționeze câte o Casă de sănătate și Ocrotire, dotată cu un dispensar anti-tuberculos, care să dispună de un aparat de Röentgen portativ. Dispensarul anti-tuberculos să fie deservit de un medic primar de tbc. Un medic primar ftiziolog poate examina în mod normal în timp de un an, 12.000 locuitori, deci o plasă sanitară nu va cuprinde mai mult de 12.000 locuitori.

V. Programul de activitate.

Pentru a putea preveni cu eficacitate răspândirea tbc, e nevoe de cunoașterea numărului bolnavilor, adică:

a) Depistarea precoce a tuturor îmbolnăvirilor. Aceasta depistarea se poate face în mai multe chipuri. La nici un caz nu se mai face prin ascultație. Ea trebue văzută, nu auzită, cum spune Hofbauer. De aceea se vor face: 1. radioscopii în serii și 2. radiografii în serie cu metoda microradio-fotografii. Ca metode auxiliare acestora se pot întrebuința: 3 anchete domiciliare făcute de surorile de ocrotire și 4. reacții biologice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un alt punct însemnat din profilaxia socială a tbc. îl constitue:

b) Supravegherea bolnavului. Bolnavul descoperit, trebue supravegheat continuu până la vindecarea sau moarte, căci numai în felul acesta ne putem asigura că bolnavul respectă prescripțiile medicale. Această supraveghere trebue să se exercite asupra:

1. bolnavului izolat la sanator,
2. supravegherea bolnavului izolat la domiciliu,
3. supravegherea la domiciliu a bolnavului eșit din sanator,
4. supravegherea persoanelor de contact.

Procedând astfel ne convingem dacă bolnavii respectă măsurile de profilaxie precum și dacă au posibilitatea de a-și urma tratamentul indicat.

A treia măsură pe care trebue să o luăm pentru a preîntâmpina răspândirea tuberculozei, este:

c) Izolarea bolnavilor. Această izolare se face în instituții ca sanator, sau spitale de tbc, sau la domiciliul bolnavului, când

există suficiente garanţli de a putea îndeplini o izolare perfectă: Când nici una din măsurile de mai sus nu e posibilă, atunci *îndepărtăm copiii*, căci aceştia sunt mai receptivi decât adulţii. Copiii noi născuţi deasemenea vor trebui să fie vaccinaţi anti tbc. cu B. C. G. care dă o imunitate relativă.

O altă măsură tot atât de importantă ca şi cele de mai sus este:

d) Asistenţa socială a familiei. De obiceiu cele mai multe familii bolnave de tbc. sunt dependente social. Va trebui deci ca aceste familii să fie ajutate în mod efectiv cu bani sau în natură, căci numai aşa — bolnavul va putea să-şi vadă de sănătate.

Redăm mai jos, erarhizarea pe care a propus-o Griesbach în ce priveşte ordinea în care trebuesc examinate la dispensar singuraticele categorii de indivizii:

1. Examinarea cazurilor ce se prezintă benevol sau trimise de surori.

2. Examinarea familiei tuberculosului descoperit.

3. Examinarea extrafamiliară a persoanelor care au venit în contact cu bolnavul.

4. Reexaminarea la termene fixate a tuturor persoanelor care au fost expuse unei contagiuni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

5. Căutarea sursei de contagiune intra sau extra familial oridecâte ori se descopere un copil cu primo infecţie recentă.

6. Anchete prin radioscopii în serie în şcoli, internate, ateliere, etc. unde au fost descoperiţi bolnavi.

7. Examinări radiologice în serie în industrii cu praf.

8. Anchete radiologice în colectivităţi de indivizi ce prezintă o predispoziţie condiţionată de vârstă (pubertari, studenţi etc).

9. Examinării radiologice în masă în alte colectivităţi, (uzine, corporaţii etc.).

10. Examinări radiologice în masă la copiii de vârstă şcolară. (Reproduse după Prof. Daniello).

Iată, pe scurt, principiile pe care se bazează profilaxia tbc. Sunt foarte simple şi uşor de tradus în fapt, atunci când există bunăvoinţă. Dacă plasele sanitare cu Casele de Ocrotire ar fi generalizate pe întreaga ţară, şi dacă acestea ar fi înzestrate cu întreg utilajul necesar, suntem perfect convinşi că acţiunea ar fi încoronată de succes. Dar cum aceste plase sanitare sunt părăsite, neglijate, ba aş putea spune chiar că sunt boicotate, ele nu au dat, şi nici nu pot, un rezultat mai palpabil

In cele ce urmează, vom arăta care este situaţia dela Plasa Sanitară Haţeg, pentru a ne putea face o imagine de cum sunt ele în general.

VI. Situaţia Plasei Sanitare Haţeg.

Plasa Sanitară Haţeg funcţionează din anul 1944 luna Ianuarie, deci peste 3 ani. In acest interval de timp, nu s'a făcut pentru plasă decât planuri. Intre altele am rezervat o aripă din Casa de Săn. şi Ocr. pentru un dispensar anti-tbc. Pentru aceasta, Min. Săn. a înzestrat dispensarul anti-tbc, cu un aparat de Röentgen portativ, dar care aparat şi până în ziua de azi stă la o instituţie în Sibiu. Plasa a fost înzestrată şi cu un autoturism, necesar pentru deplasarea în cele 95 comune pe care le deserveşte, în vederea depistării cazurilor de tbc, etc. In ultimul timp, şi aceasta ne-a fost luat şi predat serv. san. jud. Desigur că şi Serv. San. Jud. are nevoe de maşină pentru deplasări, dar având în vedere problemele sociale cari se pun mai acut la plasă decât la judeţ, nimic nu îndreptăţeşte această măsură. Mobilierul dela dispensarul anti-tbc. nici până în ziua de azi nu este confecţionat, şi aceasta din cauza formalităţilor biurocratice. Şi nu din vina noastră. Deasemenea la plasă nu există personalul necesar prevăzut în buget. Afară de medic nici un alt personal nu există. Multe circ-ţii sanitare nu au medic de ani de zile. Lipsesc deasemenea şi surorile de ocrotire. In acelaş timp plasa sanitară nu a fost inspectată timp de 2 ani de zile. Nimenea nu se interesează de ea, nimenea nu-i poartă de grije. Cei cari le-au înfiinţat, azi se dezinteresează de ele. Ca un părinte vitreg, şi-au părăsit copilul încă în faşă fiind. Evident că în astfel de împrejurări, plasele sanitare nu pot da rezultatul scontat. Sunt în corespondenţă cu mai mulţi colegi medici igienişti de plasă, cari toţi îmi afirmă că situaţia lor este la fel, ba la unele mai rea cu mult. Noi medicii igienişti, am plecat, am îmbrăţişat această ramură a medicinei preventive, conştienţi de greaua sarcină care ne revine. Lipsiţi de venituri colaterale, am căutat să ne găsim satisfacţii sufleteşti în muncă, în realizări. Dar când nimenea nu ne sprijineşte, nu le putem avea nici pe acestea. In schimb avem altceva: un dispreţ din partea d-lor medici de circ-ţie, cari datorită căştigului de bani, au posibilitatea de a sfida idealismul nostru. Dacă nu se vor lua grabnice măsuri pentru remedierea acestora, asigur pe toată lumea că în curând nimenea nu va mai îmbrăţişa aceasta spinoasă ramură, a medicinei preventive. Cei cari sunt protagoniştii medicinei preventive la noi, nu vor putea face nimic fără pionerii acestei ramuri — noi medicii igienişti — cari au rolul de a aplica pe teren teoriile formulate. Să se rupă deci cu trecutul. Să păşim la realizări utile. Poporul român e măcinat de boli. Să venim deci în ajutorul acestui atât de răbdător popor, şi atât de mult neglijat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

VII. Concluzii

1. Mortalitatea de tbc. la noi este foarte mare.

2. In mediul urban, aceasta mortalitate încă nu a început să scadă, iar în mediul rural pare să fie o tendinţă de urcare.

3. Morbiditatea de tbc. este foarte mare, ajungând până la 2.56% o.

4. Să se generalizeze pe ţară plasele sanitare.

5. Casele de sănătate şi ocrotire să fie înzestrate cu personalul medical auxiliar necesar, precum şi cu aparatura necesară.

6. Să se legifereze proectul de regulament pentru organizarea şi funcţionarea plaselor sanitare, prezentat de Prof. Moldovanu şi publicat şi Bul. Eugenic şi Biopolitic Nr. 4—6 946.

7. Circ-ţiile sanitare din plasă să fie complectate cu medici şi surori de ocrotire.

8. In fiecare circ-ţie sanitară să fie construit câte un dispensar mixt.

TUBERCULOZA ŞI ASIGURĂRILE SOCIALE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de

D-r S. IRIMESCU
Secretar General al Ligei Naţionale contra Tuberculozei

Mureau în ţara noastră până la războiul din urmă, anual 50.000 de indivizi de tuberculoză, cifră superioară celei înregistrate în Buletinul demografic. Acum ca o consecinţă a situaţiei ce i se datoreşte mor şi mai mulţi.

Existau pe de altă parte 300 de mii de tuberculoşi cu leziuni deschise care răspândeau boala şi moartea.

Am socotit că cifra de morbiditate ca să fie complectă trebue să fie dusă până la un milion cuprinzând şi bolnavii ignoraţi sau având leziuni cicatrizate cu posibilităţi de a se redeschide.

Ea are acum şi recunoaşterea şi ştampila oficialităţii care a adoptat-o prin declaraţii repetate în toate ocaziile. Tabloul epidemiologic al tuberculozei apare astfel întunecat şi deşi nu trebue să fie umbrit prea mult, e bine să nu fie nici atenuat pentru a evita teroarea pe care ar putea-o provoca, urmând atitudinea, politica struţului care-şi ascunde capul în aripe ca să nu vadă pericolul când îl simte apropiat.

Acum tuberculoza ne invadează cu mai multă furie decât ori când. La centrele de microradiofotografie, unde se fac cerce-

tări pentru a descoperi boala dela primele ei manifestări, constatările înregistrate dovedesc progresele boalei. Dela 1.1/2 % din cei ce erau socotiţi ca perfect valizi, ignorându-şi boala dar aveau leziuni active s'a ajuns la 3 % prezintând posibilităţi să devină factori de contaminare.

Fiind dat ritmul acesta de ascensiune vertiginoasă a boalei măsurile de combatere ar trebui să fie augmentate. In loc de o creştere a asistenţei, ea a scăzut. Când ne-ar trebui 30.000 paturi pentru tuberculoşi după calculele cele mai puţin exigente, restrângându-le la strictul necesar, nu avem decât a şasea parte din ele, şi nici acestea ocupate decât pe jumătate, de oarece fonduri nu există ca să funcţioneze în plin. Situaţia e lamentabilă. Ea provoacă legitima îngrijorare şi a autorităţilor sanitare care-şi dau seama de gravitatea ei. Denunţasem de mult primejdia şi o strigam până la clamoare ca să fie auzită de toţi. Sănătatea se cumpără cu bani, spunea un mare igienist american Biggs, dar cum nu găsim decât sume derizorii în acest scop o cumpărăm ieftin şi de aceia este atât de şubredă şi precară.

Intreg bugetul sanitar pe 1936 era de 1,7 % din cel general. Numai însă pentru paturile necesare asistenţei tuberculoşilor ar trebui chiar după calculele oficialilor investiţii în valoare de 50 miliarde, de trei ori mai mult decât cele existente ca sumă globală în acest buget. Cifra aceasta oricât ar părea de astronomică e depăşită însă de realităţi, construcţia de noui instituţii sau amenajarea celor în fiinţă reclamând cheltueli enorme, aşa încât mizeria bugetului sanitar apare în toată intensitatea ei. Noui isvoare de venituri trebue de aceia să fie căutate, cele actuale fiind cu totul neîndestulătoare ca să corespundă asistenţei tuberculoşilor. Acum, când situaţia demografică devine din ce în ce mai gravă — natalitatea a scăzut cu o treime şi mortalitatea se menţine ridicată aşa încât excedentul de populaţie cu care ne lăudam riscă să dispară — stăvilirea tuberculozei ca unul din factorii importanţi de mortalitate devine o datorie imperioasă a oficialităţii şi a particularilor care şi ei trebue să-şi aducă contribuţia în această direcţie.

Ceiace se face până acum pentru a stânjeni tuberculoza e departe de a fi deajuns. Dacă asigurările sociale considerate în general ar fi temeinic întocmite, dela capitolul invalidităţii — tuberculoza ocupă un loc proeminent printre cauzele de producerea ei — tocmai pentru a o preveni, de oarece grevează aşa de mult bugetul lor, s'ar putea găsi fonduri importante ca să o îngrădească.

In Franţa, în cadrul Asigurărilor generale sociale s'a introdus printr'o dispoziţie specială în urma unei Ordonanţe a Ministerului Muncei din Octombrie 1945 o situaţie deosebită pentru

BCU Cluj / Central University Library Cluj

asiguraţii tuberculoşi. Aceştia dobândesc dreptul la o asigurare denumită de lungă maladie—de longue maladie—acordându-li-se asistenţa fără nici o contribuţie sau plată din partea lor, în timp de trei ani, în instituţiuni sanatoriale primind şi jumătate din salariu. Aceleaşi drepturi le au şi membrii familiei lui dacă se tuberculizează fără însă alocaţia de salariu.

Ceiace s'a făcut în Germania şi Italia pentru asistenţa tuberculoşilor dela capitolul asigurărilor sociale în general—în Italia printr'o asigurare specială—am arătat în publicaţii anterioare.

Alcătuirile obţinute în acest fel s'au prăbuşit cum s'au prăbuşit şi dictaturile în dezastrul lor meritat târând şi organizări cari atinseseră o desvoltare importantă.

In Noua Zeelandă, un regim politic de înalt democratism a determinat introducerea unei asigurări naţionale generale contra boalelor. Tuberculoza a intrat şi ea în cadrul acestei asigurări. Starea sanitară în această ţară e înfloritoare pe toată linia, aşa încât n'a mai fost nevoie de o asigurare specială contra tuberculozei, aceasta scăzând concomitent cu celelalte boale şi dând una din cele mai reduse mortalităţi din lumea întreagă. Anglia prin planul Beveridge de o atât de răsunătoare reputaţie pus în practică prin sprijinul Statului care intervine pentru aplicarea lui cu o cotă contributivă însemnată—175.000.000 lire sterline anual—va ajunge să facă să diminueze morbiditatea şi mortalitatea de tuberculoză, care şi acolo după ce scăzuse mult e acum în creştere. La noi asigurările sociale sub forma actuală nu pot să intervină în combaterea tuberculozei decât cu fonduri insuficiente pentru bolnavii care intră în cadrul celor cărora le datoresc asistenţă. Cu cele 25 dispensare în care se dau consultaţii şi numai cu un singur sanatoriu până acum pe seama lor, chiar utilizând şi sanatorii particulare cu care au convenţii pentru internări, ajutoarele pe care le oferă bolnavilor nu reprezintă decât o mică parte din ceiace ar trebui să fie pentru a corespunde într'adevăr nevoilor de asistenţă. Internările sunt reduse ca număr de bolnavi (în ultimul an 12.000). Dintre tuberculoşii înregistraţi la consultaţiile dispensarelor, după ultimele date statistice nici 10 % nu sunt realmente asistaţi în instituţii de cură. Durata timpului de tratament e prea mică ca să fie eficace ca mijloc de cură şi de izolare. Până cu 4 ani în urmă, media zilelor de internare era de 30, ceiace înseamnă o asistenţă iluzorie mai mult simbolică ca să se arate că si pentru tuberculoşi se făcea ceva, când în realitate erau bani irosiţi, rezultatele ce se puteau obţine nefiind de cât efemere, fără consistenţă şi durabilitate.

Cura poate fi prelungită şi la noi până la eventual trei ani bolnavul având posibilitatea să fie internat de mai multe ori după primul tratament, aşa încât în statisticele date asupra numărului

BCU Cluj / Central University Library Cluj

celor asistaţi acelaş bolnav poate să figureze de mai multe ori.

Asigurările sociale fac sforţări meritorii ca să asiste pe tuberculoşi dar ori cât ar fi de mari nu pot din fondurile lor bugetare şi cu puţinele instituţii pe care le au la dispoziţie să corespundă unor sarcine prea grele care le-ar împovăra peste puterile lor.

Cotele actuale de contribuţie ale asiguraţilor privindu-i în părţi egale cu patronii nu alimentează decât neîndestulător fondurile asigurărilor chiar cu augmentările acum pe cale să fie introduse.

Trebue de aceia să se recurgă la suplimente din alte venituri. In 1937, când era Ministru al Sănătăţii doctorul Costinescu s'a creiat un fond special pentru tuberculoşi. Cota pentru acest fond deşi mică reprezinta o contribuţie totuşi importantă. Cum n'a fost însă sporită decât în proporţie neînsemnată—de abia de 3 ori pe când pentru asigurările generale e de zece ori mai mare şi e pe cale să crească şi mai mult—aproape nu contează. Liga are în dispoziţiile legale pe baza căror funcţionează, prevăzute contribuţii bugetare care rămân însă platonice de oarece instituţiile de Stat — diferitele Ministere, Municipiul Bucureşti etc. — obligate să le suporte le eludează, ori cât ne-am străduit să le punem în vedere că nu se pot sustrage dela ele.

Există iniţiative răsleţe care dovedesc interes şi râvnă pentru această mare problemă de epidemiologie de oarece cei ce le iau îşi dau seama că nu trebue să fie privită numai sub aspectul sanitar dar şi sub cel economic şi social. Problema e nevoie să fie considerată în complexul ei. Cu măsuri fracţionare nu se poate ajunge la rezultate care să aibă valoare şi continuitate. Strângerea într'un mănunchiu a sforţărilor întreprinse pentru îngrădirea boalei se impune ca să ducă la o coordonare după directive unitare. Liga contra tuberculozei a fost instituită în acest scop şi legea alcătuirii ei îi conferă drepturi ca să exercite această acţiune. Programul pe care a voit să-l ducă la înfăptuiri s'a lovit de multe neajunsuri şi împotriviri. Oficialitatea n'a ajutat-o decât sporadic şi întâmplător deşi ar fi fost pentru ea un factor ajutător de mare folos ca prin atribuţiile conferite printr'o lege încă în vigoare. Liga să activeze într'o direcţie pentru care autorităţile sanitare nu aveau singure nici destul timp, nici destule fonduri ca să lucreze efectiv. Fondurile mai cu deosebire le-au lipsit cu totul cum au lipsit şi Ligii. Este de o necesitate urgentă ca acum când tuberculoza propăşeşte atât de mult să se găsească o modalitate ca să fie obţinute. Asigurarea specială contra tuberculozei ar fi una din aceste modalităţi. Ea trebue să fie instituită după un plan întocmit ca să nu rămână numai teoretică ci să treacă la înfăptuiri. Contribuţia celor ce intră în cadrul ei

BCU Cluj / Central University Library Cluj

va servi pentru asistenţa bolnavilor încă din vreme când sunt recuperabili. Diagnosticul precoce al boalei e un punct esenţial pentru combaterea ei. Primele manifestări nu pot fi revelate de cât radioscopic. Statele Unite consacră anual în acest scop 10 milioane dolari, 43 biliarde lei, după valuta noastră. In felul acesta 62 % din populaţie îşi are fişierul şi trece în faţa ecranului. Lupta contra tuberculozei se intensifică astfel din ce în ce mai mult şi în scurtă vreme în înregistrările de morbiditate şi mortalitate tuberculoza aproape nu va mai figura. Legea va apare, când va fi aplicată, cu un substrat nu numai de umanitate dar şi de mare interes colectiv.

In epoca actuală de curente de opinie publică pentru realizarea unei lumi, care să fie mai bună trebue să fie mai dreaptă, asistenţa când va fi întărită prin lege îndeplineşte un rol de mare importanţă în direcţia acestor curente. Asistenţa tuberculoşilor se impune mai mult acum decât ori când, de oarece din relaţiile comunicate asupra prizonierilor şi deportaţilor în lagăre rezultă că jumătate sunt tuberculizaţi. Ei trebue să fie îngrijiţi din elementare îndatoriri de etică socială şi prin repercursiunea asistenţa pornind dela ei se va generaliza.

Vremurile sunt pielnice ca legea să fie desgropată din cartoane unde zace de ani întregi ca să devină o realitate. Prin lege, tuberculosul va putea să fie îngrijit el şi familia lui după metode de cură cât de complecte şi sistematice. Oficialitatea trebue să se decidă, să adopte această modalitate de combatere cât de curând, printr'un act de hotărîre, dându-şi seama că nu se poate găsii o alta mai bună. Cu cât se va întârzia mai mult cu atât problema va deveni mai gravă şi mai complexe şi boala continuându-şi pustiirile va fi şi mai greu de stăvilit. O latură deosebit de importantă a problemei e cum să se ajungă ca în asistenţă să fie cuprinsă şi pătura rurală. Am cerut insistent cu mulţi ani în urmă când era pusă în discuţie problema introducerii unei legi de asigurare specială, ca în programul de luptă să se aibă în vedere şi pe ţărani printre care tuberculoza pătrundea din ce în ce mai mult. Din totalul deceselor de tuberculoză, trei pătrimi din ele se produc la sate dar pentru ţărani paturi în sanatorii nu sunt disponibile decât foarte puţine, fiind ocupate de orăşeni, funcţionari şi de alte categorii de bolnavi pe bază de legi deja existente.

Propuneam atunci, o cotă contributivă a capilor de familie dela sate care pentru aceea epocă însemna mult dar acum nu mai înseamnă nimic.

S'ar fi dovedit astfel prin fapte şi nu numai prin vorbe că solicitudinele afişate în toate ocaziile pentru ţărani sunt reale şi nu numai exerciţii de retorică sonoră dar deşeartă.

Asigurarea pe care o propunem din nou acum fiind globală va cuprinde şi pe ţărani. O normă trebue să fie stabilită în ce fel să se orânduiască cota contributivă a celor ce intră în cadrele ei.

Ţăranii vor veni cu un aport socotit după întinderea de pământ pe care o posedă şi cum această întindere este mică chiar după noua reformă agrară nu vor fi mult grevaţi. Proprietarii ceilalţi, câţi au mai rămas, vor contribui după aceleaşi criterii.

O propagandă intensă pentru a demonstra nevoia introducerii acestei legi ar preveni, în orice caz ar netezi obstacolele pe care eventual le-ar întâlni în calea aplicării ei.

In această expunere am dat numai o schiţă în linii mari a felului cum pot fi găsite isvoarele de venituri din care, să se alimenteze fondurile necesare pentru combaterea tuberculozei. O relaţie amănunţită poate fi găsită într'o lucrare a mea din 1942.

Pentru ca lupta contra boalei să se desfăşoare în ritmul unei mari campanii, ea nu trebue să depindă de fluctuaţii bugetare inevitabile în starea actuală de lucruri, când fondurile publice sunt solicitate ca să fie atribuite în atâtea direcţii oricât problemele sanitare reclamă pentru ele soluţii urgente. Fondul trebue să fie stabilit, fixat deplin ca să nu sufere variante care l-ar face insuficient. Forurile competente, când principiul introducerii legii va fi admis şi pentru admiterea lui trebue să lupte şi cei ce fac parte din ele, urmează să se pronunţe asupra redactării ei definitive. Schema pe care am dat-o comportă modificări cât de multe potrivit situaţiei economice şi financiare ca astfel această lege să se nască viabilă şi să nu împărtăşească soarta atâtor legi dela noi care s'au născut şi continuă să fie moarte. Numai în felul acesta nu va rămâne un vag deziderat pentru împliniri continuu amânate sub pretextul că vremurile nu sunt încă prielnice pentru punerea ei în aplicare. Legea se impune cu o necesitate de prima ordine.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Când în marea ţară vecină care e Rusia sovietică fondurile disponibile pentru Asigurările Sociale ating cifra enormă de 67 miliarde ruble anual, ceiace reprezintă 22% din bugetul global pentru a păstra sănătatea indivizilor ca ei să rămână valizi şi să fie factor de plină productivitate, să luăm pildă dela ea şi în această privinţă. Democraţia ca să fie reală trebue să aibă la bază o organizaţie de aşezări omeneşti prin care să poată fi împlinit un înalt ideal de întocmiri sociale ca între indivizi să existe raporturi aşa încât să le fie asigurată sănătatea fizică depe urma căreia derivă şi cea morală.

Problema combaterii tuberculozei ca şi celelalte probleme sanitare şi igienice, privite în general, rămân probleme de Stat.

Prin introducerea unei legi de asigurare contra acestei boale Statul nu se poate degaja de răspunderile şi îndatoririle lui. Ca şi în planul Beveridge pentru punerea în aplicare a asigurării, Statul e nevoe să vină cu o contribuţie care trebue să fie importantă, ca să complecteze pe cea a particularilor; a celor ce intră în cadrul asigurării Statul dacă şi-ar da tributul chiar cu fonduri cât de mari ar face o excelentă investiţie. Am arătat în rapoartele mele după calcule minuţios întocmite că se pierdeau în anii care au precedat războiul actual 17 miliarde de lei anual din cauza tuberculozei prin morţile produse de boală şi prin zilele de lucru dela bolnavii scoşi din câmpul muncii. Acum miliardele ar trebui să fie schimbate în biliarde. Reducându-se mortalitatea numai la jumătate faţă de cea anterioară, şi foarte mult şi morbiditatea, s'ar realiza economii enorme pe fiecare an. Fondurile întrebuinţate pentru a ajunge la acest rezultat ar fi deci larg compensate prin beneficiile realizate. E o parte însă şi mai dureroasă în pagubele produse de tuberculoză decât cea materială. Atâtea suflete înalte şi atâtea minţi alese dispar înainte de vreme, fără să-şi fi adus întreg aportul de care erau capabili, toată lumina pe care o purtau în ei. E foarte mare numărul oamenilor de seamă care pier seceraţi de tuberculoză. Să împiedecăm acest masacru al inocenţilor, inocenţi după expresia biblică pentru că boala le-a provenit în mare parte din neajunsurile întocmirilor sociale şi economice şi nu din vina lor, neajunsuri care fac din flacăra unor înalte vieţi, care-i consumă, cenuşă ce se pierde pentru totdeauna.

Ce s'a făcut aiurea trebue să se facă şi la noi. Pentru a cita un singur exemplu, în Belgia, grupări profesionale prin mutualităţi asigură celor ce fac parte din ele, când sunt tuberculoşi o asistenţă complectă. Prin sindicate care şi la noi au o activitate intensă cu ajutoare masive date de autorităţi, ca preambul al legii, o acţiune identică s'ar putea întreprinde.

Aurora unor vremuri mai bune se zăreşte într'un viitor pe care trebue să luptăm să-l facem cât mai repede tangibil. Dacă legea asigurării aplicând o asistenţă cât mai complectă se va întocmi aşa cum am expus-o şi va fi pusă în practică, tuberculoza biruită va rămâne o boală a trecutului.

CONTRIBUŢIUNI LA TRATAMENTUL OSTEOMIELITELOR ACUTE

de

D-r MARCEL IONESCU şi D-r GH. GRAMA

Tratamentul osteomielitelor acute a fost îndelung studiat, cu multe discuţiuni şi divergenţe de păreri.

Stafilococul, purtat de torentul sanguin, se localizează pe orice segment al scheletului, cu frecvenţă deosebită pentru anumite oase şi predilecţie extrem de rară pentru altele.

Poarta de intrare este variată, putând fi un furuncul sau o foliculită superficială — ca în cazurile noastre —, leziuni cutanate infectate, impetigo, abcese, angine, amigdalite, isbucniri de adenoidite etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tratamentul osteomielitelor, până în prezent, a fost numai chirurgical. Ştim cu toţii greutăţile ce se întâmpină în cursul acestei terapeutici şi cunoaştem insuccesele şi sechelele grave ce lasă aceste afecţiuni.

Prin introducerea în terapeutică a sulfamidelor şi a penicilinei, orizonturi noi se deschid pentru acest capitol al patologiei chirurgicale.

Cazurile observate de noi se încadrează în terapeutica modernă a osteomielitelor acute, iar prin contrastul terapeutic, ce le diferenţiază, am găsit interesant să le publicăm.

Obs. I-a. Bolnava C. E. de 15 ani, elevă de liceu, acuză dureri vii în şoldul stâng, cu stare febrilă şi tumefacţie mare a regiunei.

In **antecedente,** găsim o furunculoză în August 1945, care a durat 45 zile, colici apendiculare repetate, amigdalite. Antecedentele heredo colaterale fără importanţă.

Boala actuală datează dela 31 Mai 1946, după fiori şi temperatură, cu jenă dureroasă în şoldul stâng şi şchiopătare. In zilele următoare, temperatura începe să crească la 39°, şoldul să se tumefieze, iar jena în mers să se accentueze. De mai mute zile, bolnava prezenta, discret, **foliculite** superficiale pe membrele inferioare. Temperatura creşte zilnic, ajungând la 40°, iar bolnava, în stare gravă, nu mai poate părăsi patul. Ne consultă la 3 Iunie, în a 5-a zi de boală.

Starea prezentă: Bolnava este palidă, cu 40° temperatură, acuză dureri

vii în şoldul stâng şi nu poate merge decât bine susţinută. Fesa stângă mult tumefiată cu ştergerea şanţului fesier, fără ca tegumentele să fie anormale. La palpare, durerea este difuză în toată fesa stângă, cu paroxism la nivelul trochanterului. Mobilitatea activă dispărută la şoldul stâng, însă, cea pasivă păstrată. Mici pustule gălbui la rădăcina foliculilor piloşi pe membrele inferioare.

Restul examenului somatic normal.

Radiografia articulaţiei coxo-femorale arată decalcifierea trochanterului stâng, iar marginea externă estompată şi conturată difuz.

Pe simptomatologie, evoluţie şi radiografie se pune diagnosticul de **trochanterită acută.**

Predilecţia bolnavei pentru stafilococ, manifestată în repetate rânduri prin amigdalite, furunculoze, crize de apendicită, iar în prezent prin foliculita superficială după membrele inferioare ne lămureşte etiologia.

Se institue o sulfamidoterapie intensă, 6 gr. pe zi, combinată cu injecţii de anatoxină stafilococică.

După trei zile, temperatura scade sub 38°, iar durerile se atenuiază evident. In zilele următoare, tumefacţia scade la normal, iar bolnava, afebrilă, poate să meargă.

La 25 Iunie 1946, se face o radiografie de control care arată un trochanter normal, după 22 zile dela începutul tratamentului.

Observ. 2-a. — Bolnava M. V. de 12 ani, elevă din Craiova, ne consultă pentru un **furuncul** al fesei stângi, aproape de şanţul inter-fesier.

In antecedente remarcăm pneumonie şi rugeolă în prima copilărie. Rugeolă şi enterită. Bronşită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Boala actuală începe cu durere în regiunea interfesieră stângă, unde se desvoltă un furuncul care se deschide la 2 Sept. 1946 şi se dreneazâ. Regiunea fesieră fiind mult infiltrată se administrează sulfamide albe în doză utilă, 4 grame pe zi. După câteva zile de pansamente şi tratament, furunculul se vindecă. Fesa continuă a se tumefia, iar starea generală se înrăutăţeşte progresiv, luând un contact septicemic.

Durerile accentuându-se mult la nivelul fesei stângi, iar mersul devenind imposibil, cu toate cele 26 grame de sulfamide albe luate, se practică o puncţie exploratrice care rămâne negativă, la 9 Sept. 1946, In aceiaşi zi, se face o radiografie a bazinului. Spre surprinderea noastră se descopere un proces de **osteomielită la nivelul articulaţiei sacre iliace stângi.**

Etiologia stafilococică nu a putut fi trecută cu vederea, preconizându-se penicilina, în locul sulfamidelor luate în cantitate apreciabilă, fără niciun efect.

Se administrează 15.000 de unităţi din 3 în 3 ore, iar concomitent începem şi injecţiile cu anatoxină stafilococică.

Temperatura scade chiar a doua zi, iar a treia zi dispare. Starea generală se îmbunătăţeşte zilnic, tumefacţia fesei dispare, iar mersul devine posibil. După 12 zile, la 23 Sept. 1946, o nouă radiografie arată dispariţia leziunilor de osteomielită, evidenţiind un os normal.

*

Observaţiunile noastre se încadrează în osteomielitele acute cu punct de plecare de la o infecţiune stafilococică cutanată, superficială, cum a fost în primul caz o foliculită superficială, iar în al doilea un furuncul.

In ambele cazuri s'a obţinut vindecarea prin sulfamido-terapie sau penicilină. Reamintim că în cazul al doilea am întâlnit o sulfamido-rezistenţă, infecţia stafilococică cedând numai la penicilină.

In ambele cazuri, un diagnostic precoce a fost necesar.

Ori de câte ori suntem în prezenţa unei infecţiuni cutanate stafilococice, care se însoţeşte de o stare generală rea, şi o tumefacţie dureroasă pe unul din segmentele scheletului trebue să ne gândim la o localizare a infecţiei pe os.

O radiografie, făcută comparativ cu regiunea sănătoasă, se impune, ajutându-ne la punerea unui diagnostic precis.

Terapeutica osteomielitelor acute a fost controversată la început.

Intervenţia precoce a dominat mult timp chirurgia. Rezultatele au fost nesatisfăcătoare. Leveuf a arătat că intervenţia precoce agravează sigur starea locală şi generală a operaţilor. Astfel, intervenţiilor precoce le ia locul espectativa şi aplicarea tratamentelor cu caracter medical. Rând pe rând se încearcă vaccinoterapia, abcesul de fixaţie, proteinoterapia, imunotransfuzia, seroterapia şi bactriofagoterapia. Debré şi Leveuf recomandă sero-anatoxinoterapia stafilococică.

In ultimul timp, a apărut sulfamidoterapia şi penicilina.

Atitudinea noastră terapeutică, în cele două cazuri, a fost pentru instituirea unui tratament mixt cu sulfamide sau penicilină combinat cu anatoxină stafilococică.

Acţiunea de scurtă durată a sulfamidelor sau a penicilinei am căutat să o prelungim prin imunizarea activă cu anatoxină stafilococică. Astfel, organismul este pus la adăpost de o recidivă a focarului infecţios sau de o altă localizare osteomielitică.

Ne-am însuşit această terapeutică, bazându-ne pe experienţa unuia din noi, care întrebuinţează de mult timp, cu deplin succes, asociaţia sulfamide-anatoxină stafilococică în tratamentul furunculozelor şi hidros-adenitelor.

Apariţia penicilinei deschide noi perspective. Acţiunea ei este rapidă. Astfel, în cazul al doilea a jugulat infecţia osteomielitică a sacrului, în 24 ore, cu toată sulfamido-rezistenţa a acestuia.

*

In concluzie: In osteomielită acută ne vom abţine dela orice intervenţie chirurgicală, instituind un tratament medical precoce.

Tratamentul medical va fi constituit din doze mari de sulfamide sau injecţii de penicilină, completat de o imunizare activă a organismului prin anatoxină stafilococică.

Timpul de vindecare este incomparabil mai scurt faţă de celelalte tratamente întrebuinţate până în prezent.

Intervenţia chirurgicală trebue să aibă loc numai atunci când tratamentul medical nu duce la o rezoluţie completă a focarului septic, care trebue vidat.

Centrul de ocrotire al copiilor din Tg.-Mureş

INAPATENŢA COPIILOR

de

D-r D. MILOTA
Medic primar director

Inapetenţa este unul dintre cele mai frecvente motive, pentru care un copil este prezentat fie medicului specialist, fie nespecialist.

Este interesant faptul, că aproape în toate cazurile, mamele dela început ţin să precizeze că, copiii lor sunt sănătoşi, sunt veseli şi bine dispuşi, se joacă şi aleargă toată ziua, dar sunt foarte îngrijorate de faptul că nu au poftă de mâncare. Mamele preţuesc atât de mult acest lucru încât, adesea ele neglijează cu totul semne evidente de boală şi pe cari nu le pun de loc în legătură cu lipsa poftei de mâncare. Aşa am întâlnit cazuri, când copilul a fost adus pentru inapetenţă, iar la examenul făcut am găsit o otită medie supurată, care data de câteva săptămâni, pe care nu a semnalat-o în cursul anamnezei şi pentru care copilul nu a fost arătat niciunui medic.

Din anamneză reese aproape matematic, că majoritatea acestor copii aparţine unor părinţi cu stare materială bună, părinţi gurmanzi, că sunt copii unici şi alintaţi, că sunt copii nervoşi sau copii cu o stare constituţională debilă. Adeseori constatăm că nici nu este vorba de o inapetenţă ci, că în mod instinctiv, copilul nu consimte la o supraalimentaţie pe care părinţii o doresc din toată inima.

Este deci o categorie de părinţi, cari nu sunt mulţumiţi oricât ar mânca copii lor. De aceea în faţa unor copii aduşi pentru inapetenţă, trebue să fim întotdeauna cât se poate de circumspecţi şi foarte severi în tot decursul anamnezei, căutând să obţinem date cât mai precise, nu numai asupra copilului ci şi asupra părinţilor şi asupra vieţii lui familiare, mediul în care trăeşte copilul.

Să nu uităm, că adesea mamele exagerează în relaţiile pe cari le dau, numai că astfel să-l oblige pe medic — cred ele — să-i examineze mai serios copilul. In general copii inapetenţi au limba încărcată, exală miros urît din gură, sunt constipaţi, unii agitaţi şi nervoşi.

In toate cazurile de inapetenţă trebue să aflăm neapărat debutul, gradul, durata şi cauza inapetenţei, şi nu imediat să prescriem o reţetă, care de cele mai multe ori rămâne fără niciun rezultat, dovadă dosarul de reţete pe care îl prezintă aproape fiecare mamă.

In ceea ce priveşte debutul, inapetenţa poate avea un debut brusc sau un debut insidios. Inapetenţa cu debut brusc, de obicei, este rezultatul unei afecţiuni locale, ca: stomatita, gingivita, glosita, angina, etc., sau chiar un adevărat semn de alarmă al unei infecţii sau maladii contagioase (gripa, otita, mielita, etc.). Inapetenţa cu debut insidios, este cauzată fie de o boală cu caracter cronic, fie de o greşală alimentară repetată, fie chiar de greşită educaţie alimentară.

Inapetenţa poate fi trecătoare, nefiind deci decât un simplu accident trecător, sau poate fi perzistentă cauzată fiind de o turburare de secreţie şi de motilitate a stomacului sau de greşeli alimentare şi de educaţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Uneori inapetenţa este uşoară, banală, pe câtă vreme uneori este atât de gravă, încât pune în pericol vieaţa copilului. Această formă de inapetenţă o întâlnim cu predilecţie la sugari şi la copiii psihopaţi, cari trebue hrăniţi cu sonda.

Din punct de vedere etiologic, inapetenţa poate fi:

1. **Inapetenţa de alarmă**, atunci când ea nu este decât un semn prevestitor al unei maladii locale sau generale, şi care în cel mai scurt timp posibil este însoţită şi decelată de semne caracteristice bolii în cauză;

2. **Inapetenţa gastrogenă**, cauzată de o turburare în motilitatea şi secreţia stomacului;

3. **Inapetenţa alimentară**, cauzată fie de un regim prea monoton, fie de greşeli făcute în timpul pregătirii sau servitului alimentelor, mâncări fără gust plăcut, nu destul de dulci, prea fierbinţi sau prea reci, etc.

4. **Inapetenţa de supraalimentaţie**, cazul când repetat i se da copilului prea des sau prea mult să mănânce, sau când din dorinţa de a-i îngrăşa, i se da copilului între mâncări, fără nicio socoteală, prea mult lapte, ouă şi diferite dulciuri (prăjituri, bomboane, etc.), cari nu au alt rol decât de a-i ameţi foamea şi, deci de a-l împiedica să mănânce cu poftă la masă;

5. **Inapetenţa avitaminotică** este cauzată de un regim carentat. Se ştie că alimentele lipsite de vitamine nu au proprietăţi excitante pentru secreţiile tubului digestiv. Mai des întâlnim această formă de inapetenţă la sugarii alimentaţi cu lapte şi făinuri, cari sunt sărace în vitamine şi îndeosebi în vitamina B_1.

Vitamina B nu este numai antineuritică, şi are şi un rol important în creşterea copiilor, activând funcţiunea celulară. De aceea mai ales în instituţiile de ocrotire cu caracter închis, când întâlnim cazuri de inapetenţă şi cu curbe de greutate staţionară, să ne gândim la posibilitatea unui aport insuficient de vitamina B_1. Dovadă, efectul excelent pe care îl obţinem prin 2—3 injecţii de vitamina B_1 în cazurile de inapetenţă rebelă şi unde toate celelalte încercări terapeutice nu au avut niciun rezultat. Se înţelege însă, că pentru menţinerea apetitului sunt absolut necesare şi celelalte vitamine, mai ales vitamina C. Explicaţia ar consta în faptul, că vitaminele au desigur un rol excitant în producerea sacului gastric, căci întotdeauna inapetenţa adevărată este însoţită şi de o scădere a producţiei de suc gastric;

6. **Inapetenţa prin educaţie alimentară greşită.** In această formă de inapetenţă, rolul principal îl joacă mama. Mamele uită aproape întotdeauna că, dacă adultul sănătos nu poate mânca zilnic cu aceiaşi poftă la fiecare masă, tot aşa nici copiii nu pot mânca în permanenţă cu aceiaşi poftă. Copiii îşi reglementează singuri alimentaţia după necesităţile lor organice. A forţa un copil să mănânce întotdeauna atât cât vrea mama, este un rău cu mare greutate în patogeneza inapetenţei copiilor. Copiilor mai mari li se oferă adesea, tot forţându-i, mese secundare tot aşa de copioase, ca şi cele principale. O altă greşală foarte des întâlnită constă în faptul că se dau copiilor între mese mult lapte, ouă şi dulciuri, constituind aşa zisul „regim întăritor" al mamelor. Ba, chiar unii părinţi forţează copilul să bea lapte în loc de apă, numai

DLC Clay Cedar University Library, Ga.

când îi este sele. Sunt copii, cărora le face o deosebită plăcere văzând că părinţii sunt îngrijoraţi de faptul că ei nu mănâncă; din cauza acestei plăceri sadice nu vor să mănânce chiar dacă le este foame, şi le place mâncarea care li se oferă. De aceea, niciodată nu este permis ca părinţii să-şi arate pe faţă toată îngrijorarea, în aşa măsură, pe motivul că ei nu vor să mănânce. Adeseori întâlnim mame care, în asemenea cazuri dintr'o lipsă de tact şi o condamnabilă imprudenţă, recurg la măsura de a-i oferi bani numai să mănânce, şi din acel moment, copilul nu mai vrea să mănânce decât dacă i se dă bani. Iată deci, o serie întreagă de fapte importante cauzatoare ale inapetenţei;

7. **Inapetenţa nervoasă** se întâlneşte la copii nevropaţi şi psihopaţi, cari uneori refuză mâncarea cu multă încăpăţânare şi pe cari pentru a-i hrăni, trebue să recurgem la gavaj sau diferite alte trucuri şi metode. Alţii refuză dintr'o teamă specială faţă de mâncare.

Tratamentul inapetenţei pe cât este de uşor în unele cazuri, pe atât este de greu în altele, pentru motivul că pretinde din partea părinţilor multă răbdare şi mult tact, adică tocmai ceea ce părinţii nu au.

Terapeutica generală cuprinde diferite reguli de higienă şi educaţie. Când inapetenţa este cauzată de o boală oarecare, fie acută, fie cronică, trebue să tratăm această boală. In cazurile în cari sunt incriminate greşeli alimentare şi de educaţie, ne vom strădui ca prin sfaturile de ordin higienic şi educativ pe cari le vom da părinţilor cu toată severitatea, să putem ajunge la scopul dorit.

In consecinţă, reglementarea alimentelor este absolut necesară în sensul ca să ordonăm ora fixă de alimentaţie, suprimând mesele secundare, copiii neprimind decât de trei ori pe zi mâncare, dar între mese se va interzice cu desăvârşire orice alimentaţie, pentru ca să nu poată mânca în ascuns, totul se va încuia! In timpul mesei nu li se va da nicio atenţie acestor copii. Li se va servi puţin în farfurie. La terminarea mesei, totul se va pune sub cheie! Se va avea grija ca menu-ul să fie totdeauna cât mai variat, cât mai bogat în vitamine, şi cât mai sărac în lapte. Se va da o deosebită atenţie felului cum se serveşte masa acestor copii! Sistemul de a servi copiilor masa în bucătărie şi înafară de orele de masă ale părinţilor, nu este bun şi nu are nicio justificare raţională. Masa va fi întotdeauna acoperită cu o faţă albă şi cât mai curată posibil. Mesele, tacâmurile şi paharul vor fi individuale şi extrem de curate. Inainte de masă, copiii inapetenţi se vor odihni o jumătate de oră şi numai după aceea vor fi poftiţi la masă.

După masă, plimbări uşoare timp de o jumătate de oră, după care de asemeni se va odihni timp de o oră.

In cazurile rebele se va recurge la cura de foame, de 2—3 zile sau la schimbarea mediului sau chiar la internarea într'un spital. Idroaero şi helioterapia au de asemeni efect bun în aceste cazuri, dacă sunt bine şi raţional executate.

In ceea ce priveşte **therapeutica medicamentoasă**, se pot prescrie următoarele: 1. **Pepsina cu acid** clorhidric àà 2 gr. la %, de trei ori la zi câte o linguriţă în timpul mesei. 2. **Pancreas pepsin lichid** „Rich-

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII DIN CLUJ

ter", care este o combinaţie de pepsină cu substanţele active ale pancreasului, din care administrăm de trei ori la zi câte 5—15 picături, imediat după masă. 3. Următoarea combinaţie de tincturi stomahice: t-ra chinae, t-ra genţiana, t-ra coca, t-ra cola, t-ra nux vomica àà gr. 5, din care administrăm de trei ori la zi câte 5—6 picături pe o bucăţică de zahăr, înainte de masă. 4. Bune rezultate se obţin prin administrarea siropului iodo-tanic de trei ori la zi câte o lingurijă, înainte de mâncare. 5. Untura de peşte fosforată (1 ctg. la 200) câte o lingurijă înainte de mâncare, asociată cu suc crud de fructe. 6. Diferite preparate de calciu, de vitamina B_1 şi C, precum şi diferite preparate de arsen, fier şi de stricnină, dau de asemeni rezultate bune mai ales în cazurile de carenţă, anemie sau debilitate.

RETICULINA M. IN TRATAMENTUL CEFALEELOR

de

D-r PUSCARIU AUREL şi **D-r POPESCU ILARIE**

Tratamentul cefaleei cu Reticulină M. este încă necunoscut de marea majoritate a medicilor, in primul rând că este un tratament recent, experimentat mai ales în Clinica Medicală I Cluj şi în al doilea rând că Reticulina n'a putut fi pusă la dispoziţia medicilor pentru a fi experimentată.

Profesorul Haţieganu în 1940 publică mai multe cazuri de migrenă, urticarie, astm etc. vindecate sau ameliorate în urma tratamentului cu reticulină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din 1940 până în prezent, s'au publicat rezultate favorabile obţinute cu Reticulină în Edemul Quincke şi eritemul polimorf catamenial (D-r Munteanu O.).

In 1946 profesorul Haţieganu împreună cu D-ra D-r Ileana Rădulescu publică rezultatele obţinute cu Reticulină în cefalee, migrenă şi hipertensiune arterială.

Autorii dau rezultate foarte bune în tratamentul cefaleelor şi vindecări 100% în migrene.

In urma comunicării făcute de Clinica Medicală I am încercat şi noi reticulina în tratamentul cefaleelor.

Până în prezent am tratat cinci bolnavi şi la toţi rezultatele sunt foarte bune, durerile au cedat după 4-7 injecţii.

Am făcut o serie de 12 injecţii zilnice.

Dăm mai jos foile de observaţie a doi bolnavi.

OBS. I. D. V. elevă cl. III-a liceu in vârstă de 14 ani, A. H. C. fără importanţă.

A. P. pojar în copilărie.

B. A. de 3 ani bolnava se plânge de dureri de cap. La început aceste dureri surveneau destul de rar, la intervale neregulate durau 1-2 ore şi dispăreau în urma antinevralgicelor.

De un an durerile survin la intervale mai scurte au o intensitate mai mare şi nu dispar imediat după ingerarea antinevralgicelor. A fost examinată de mai mulţi medici; i s'au prescris tratamente cari însă n'au fost eficace.

Din Septembrie 1946 cefaleea s'a accentuat, ca cu trei săptămâni înainte să devină continuă atât ziua cât şi noaptea.

In Februarie 1947 se prezintă la consultaţiile noastre, după un examen clinic radiologic şi de laborator, nu-i constatăm nimic deosebit li propunem să facem în tratament cu Reticulină, bolnava acceptă tratamentul. După a doua injecţie durerile s'au atenuat ca după a treia să dispară. In prezent se simte foarte bine şi de o lună de zile durerile n'au mai apărut.

OBS. II. P. E. în vârstă de 40 ani — casnică.

A. H. C. fără importanţă.

A. P. pojar, scarlatină.

B. A. de vre-o opt ani suferă de cefalee. In primii ani durerile apăreau la intervale mari, erau de intensitate suportabilă şi nu durau mai mult de o oră. De vre-o doi ani observă că durerile survin la intervale mai scurte şi sunt de intensitate din ce în ce mai mari.

Consultă la Bucureşti mai multe clinici şi i se stabileşte diagnosticul de insuficienţă ovariană pentru care i se prescrie un tratament. In timpul acestui tratament se simte ceva mai bine ca imediat după încetarea tratamentului cefaleea să reapară de astădată cu o intensitate mai mare. Cefaleea de foarte multe ori nu ceda nici în urma antinevralgicelor. In Iulie 1946 se prezintă la consultaţiile noastre şi propunem un tratament cu Reticulină. După a patra injecţie durerile au cedat şi de atunci până în prezent n'au mai apărut. Cu toate acestea noi am făcut încă o cură de 12 injecţii bolnavei, în scop terapeutic.

La celelalte cazuri nu mai dăm foile de observaţie şi acolo rezultatele au fost tot atât de concludente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După Profesorul Haţieganu cefaleea s'ar datora unor tulburări de ordin circulator, vascular, tulburări vaso-motorii localizate mai ales pe capilare şi tulburări de permeabilitate endotelială. Aceste tulburări ar fi date de factori mecanici şi inflamatori.

Profesorul Haţieganu crede că vasodilataţia este factorul important urmat de consecinţele imediate stază şi edem al unei regiuni cerebrale, şi consideră fenomen similar cu cel care se produc în şocul anafilactic. In urma acestei concluzii a încercat tratamentul cu Reticulină în migrene şi cefalee, reticulina fiind prin excelenţă o substanţă desensibilizantă.

CONTRIBUŢIUNI LA TRATAMENTUL ABCESELOR PULMONARE

de

D-r ROIBAŞU PAVEL
Medic primar

D-r KLEINERMANN LAZĂR
Medic secundar

D-r BĂLAN ION
Medic de Dispensar

Tratamentul abceselor pulmonare constituie una din cele mai complexe probleme de terapeutică şi se poate spune, după Kinberg, că în faţa unui caz de abces pulmonar nici o alegere nu se

impune a priori şi în mod peremptoriu. In asemenea cazuri depinde mai mult de internist sau de chirurg, ca după o matură chibzuinţă a riscurilor şi a şanselor de succes pe care le comportă fiecare metodă, să indice modul de tratament.

Având în vedere, după cum foarte judicios remarcă Kindberg, că nu există un tip bine definit de abces pulmonar, reprezentând mai mult sau mai puţin majoritatea cazurilor observate, că există abcese ce aparţin după moment, la una din aceste categorii, că există abcese izolate, unice, superficiale sau profunde, etc., ne putem explica astfel diversitatea tratamentelor preconizate, ele variind dela o simplă expectativă până la cele mai mutilante intervenţiuni chirurgicale.

Tratamentul abceselor pulmonare va trebui abordat cu următoarele consideraţiuni, stabilite de altfel de către Réné Fontaine şi anume:

a) In perioada acută un abces pulmonar se poate vindeca spontan,

în cea cronică o asemenea vindecare este o excepţie dacă nu chiar o imposibilitate.

b) Mortalitatea în abcesele pulmonare netratate este înspăimântătoare; aproape 80% din ele se termină prin moarte după un interval de 3—4 ani.

Procentul de abcese pulmonare ce se vindecă spontan variază după diferiţii autori ce s'au ocupat cu această problemă. Astfel, Wessler dă 33% vindecări spontane, Killy 40%, Graham 25%, Kindberg 20%, Hedblom 15%. Picot citează cazuri de abcesele pulmonare operate în urma unui nou puseu acut, deşi ele erau considerate ca vindecate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In privinţa diverselor metode terapeutice s'a vorbit atâta şi s'a scris atâta încât ar fi inutil să mai revenim.

Să ne fie permis să trecem în revistă unele metode terapeutice care au fost încoronate de oarecare succese.

Tratamentele preconizate se împart în două mari categorii:

a) Metode conservatoare, deci medicale,

b) metode sângerânde, deci chirurgicale.

In articolul de faţă nu vom insista asupra metodelor chirurgicale, ele nefiind de resortul nostru şi neavând în această privinţă date mai ample. Ne vom mărgini deci numai asupra tratamentului medical şi vom persevera mai ales asupra a celor metode care au fost aplicate pe o scară mai întinsă şi care au dat rezultate mai bune.

A) **Tratamentul cu emetină.**

Emetina dă rezultate bune, fiind considerată ca specifică de unii autori şi aceasta mai ales în materie de abcese amibiene. In abcesele pulmonare a fost aplicată cu succes şi rezultatele variază dela autor la autor.

Lemiére şi Kurilsky au publicat numeroase cazuri de abcese pulmonare vindecate prin această metodă.

La noi în țară, în laboratorul D-lui Pr. Proca, Dr. Iagnov a încercat această metodă cu rezultate foarte bune. Astfel, în 7 cazuri tratate ar fi obținut 7 vindecări. El atribuie această acțiune unor influențe humorale provocate de emetină. Acest autor injectează dela 0,01 ctgr. până la 0,08 ctgr., chiar 0,10 ctgr., făcând apoi o pauză de una sau mai multe zile, și aplicând astfel două până la trei serii.

Până în anul 1940, în serviciul de boli interne dela spitalul din Petroșani, această metodă a fost aplicată în toate cazurile și din păcate nu putem trage concluzia, din cazurile tratate de noi, că ea corespunde așteptărilor. Nu rare au fost cazurile, când a trebuit să întrerupem această metodă și nu rareori ea s'a vindecat ca lipsită de orice valoare terapeutică.

Astăzi emetina poate fi socotită ca un bun adjuvant dar nu se poate spune că poate constitui o metodă ce ar face parte din arsenalul medicamentelor eroice sau specifice.

B) **Medicația arsenicală.**

De când s'au modificat concepțiile asupra abceselor pulmonare și s'a recunoscut intervenția spirililor, mai ales în supurațiile putride, substanțele arsenicale au fost întrebuințate, uneori pe scară destul de întinsă.

Această metodă a fost aplicată mai ales în Germania unde a cunoscut o perioadă de înflorire.

Parisot și Caussade, în raportul lor dela congresul medical din anul 1925, au prezentat 80 cazuri de abcese tratate cu arsenicale, cu 42 vindecări, 13 ameliorări și 25 eșecuri.

Digitized by Babeș-Bolyai University Library Cluj

Albrecht și Kissling consideră arseno-terapia ca având o acțiune generală și nicidecum specifică.

José Pedro, Armando Sarno și Nicolas Tiscornis preconizează arsenicalele în abcesele putride și indică ca drept cale de introducere calea intra-traheală.

In serviciul nostru am aplicat această metodă, mai ales în materie de abcese putride sau gangrenoase, dar nici aci nu am înregistrat succese demne de a fi citate. In asemenea condițiuni, fără a putea spune că am renunțat la metodă, totuși ea nu are drept de a fi citată decât ca o metodă adjuvantă.

C) **Tratamentul cu alcool.**

Și această metodă a cunoscut zile de glorie, dar rezultatele la care s'a scontat la un moment dat nu au corespuns așteptărilor.

Se întrebuințează soluțiuni de alcool 20% în aer glicozat izotonic. Se injectează 5 cc. pe zi și această doză este apoi progresiv ridicată până la 50 cc. Prelungirea acestui tratament mai mult ca două săptămâni nu-și are justificarea dacă în acest interval de timp nu s'a obținut un rezultat concludent.

Noi am utilizat-o în trecut și rezultatele la care am ajuns ne-au determinat să o întrerupem destul de des ca ineficace.

C) **In privința sero-terapiei și bacterio-terapiei,** ne lipsesc datele personale ca să ne putem pronunța asupra eficacității sale.

D) **Cura de sete.**

Această metodă a fost utilizată şi în serviciul nostru şi impresia ce am avut-o ne îndrituie, în multe cazuri, să-i acordăm oarecare credit.

Ea se caracterizează prin faptul că timp de trei zile cantitatea de lichide este redusă la patru sute de grame pe zi, timp în care se administrează o alimentaţie uscată, declorurată. A cincea zi se administrează 1.500 grame de lichide ca apoi să reînceapă acelaşi ciclu.

Tratamente mecanice.

E) **Postural-drenaj.**

Această metodă a fost preconizată de către Garvin şi constă în a imprima bolnavului o poziţie foarte incomodă, adică în a-l pune într'o poziţie atât de decisivă încât puroiul să curgă pe calea bronşiei de drenaj.

F) **Bronho-scopia.**

Această metodă pare a fi foarte bună. Ea cere însă o aparatură specială şi o mână experimentată. Se aplică asupra abceselor ce au o durată de cel puţin 5—6 săptămâni şi şedinţele se succed tot la trei zile şi apoi la intervale mai îndepărtate.

G) **Benzo-terapia.**

Această metodă este recentă, şi ea a fost preconizată de către Goldkhorn. In mâinile acestui autor ea a dat rezultate foarte bune, rezultate ce au fost apoi recunoscute ca atare şi alte ţări unde ea a fost aplicată pe o scară mai întinsă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Metoda pare a da rezultate bune nu numai în materie de abcese pulmonare recente ci şi în cazul abceselor pulmonare cronice.

Pentru obţinerea unor rezultate bune se cere ca doza să fie suficient de mare, cu toate că ea trebue să varieze dela caz la caz şi să mai fie determinată în bună parte de apariţia accidentelor ce ea le condiţionează.

Se întrebuinţează o soluţie de benzoat de sodiu de 10% şi se începe cu o cantitate de 40 cc. intra-venos. Se măreşte apoi doza cu 10 cc. pe zi până la apariţia primelor semne de intoleranţă şi această doză se menţine până ce se obţine rezultatul urmărit. Se poate ridica astfel doza de mai sus până la 100—150 cc. Injecţiile trebuiesc urmate timp de 3—5 săptămâni până ce dispare orice imagine radiologică, adică până la curăţirea complectă a procesului patologic.

Această metodă este scutită de orice neplăcere şi nu comportă nici cea mai mică contra-indicaţie. Acele mici complicaţiuni ce apar, eventual, în timpul tratamentului nu trebuiesc considerate drept contra-indicaţii şi deci prilej de întreruperea curei instituite. Unele tulburări eventuale ce apar în cursul tratamentului ca: ameţeli, dureri epigastrice, dureri de cap, uşoare stări sincopale, uneori

de astenie, greţuri, etc., nu pot constitui motive serioase de renunţare la o metodă care se dovedeşte zi de zi mai eficace.

Această metodă a mai fost apoi oarecum modificată şi s'a trecut la concentrări mai mari şi la doze mai mici.

Unii autori au preconizat diluţii mai slabe, care apoi devin din în ce mai concentrate, ajungând în cele din urmă la o concentrare de 20%, dozaj la care se menţin până la vindecarea leziunilor.

In serviciul nostru am aplicat această metodă în toate cazurile de abcese pulmonare şi aceasta începând cu anul 1941.

Rezultatele obţinute sunt mai mult decât încurajatoare, iar numărul bolnavilor trataţi ca şi modul de tratament întrebuinţat îl vom schiţa în cele ce urmează.

In intervalul dintre anii 1942 până la 1946, am avut:

16 cazuri de abcese pulmonare, dintre care: 10 cazuri au fost abcese pulmonare uniloculare. Opt din aceste cazuri au avut chiar dela instalare un apetit unibenign, iar celelalte două au debutat şi au evoluat mai grav.

Din totalul de 10 cazuri am înregistrat: 8 cazuri vindecate şi 1 caz ameliorat.

Din cele 9 cazuri vindecate, toate au fost urmărite de noi, iar rezultatul terapeutic verificat ca fiind definitiv, deoarece la toate centrele ce s'au făcut ulterior, s'a constatat că toţi se află în câmpul muncii, în perfectă stare de sănătate.

Cazul care a prezentat numai o ameliorare, n'a stat sub tratamentul nostru decât nouă zile. Acest bolnav deci nu a putut fi tratat atât cât de fapt era necesar ca să se vindece şi nici nu a putut fi urmărit ca să se vadă care a fost evoluţia ulterioară a maladiei sale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din cele şase cazuri cu abcese putride sau abcese gangrenoase am avut: 3 cazuri decedate. (Un caz cu gangrenă pulmonară masivă a decedat în aceiaşi zi în care a fost internat. Nu poate fi vorba deci de un eşec al metodei).

Dintre celelalte două cazuri decedate, unul a fost cu o gangrenă pulmonară care nu a fost tratat prin metoda cu benzo-terapie, iar al doilea a decedat în a 8-a zi dela internare cu tot tratamentul aplicat. Restul de 3 cazuri cu abcese putride s'au vindecat şi acest rezultat se menţine până în prezent.

Observăm deci, că şi în aceste cazuri de o gravitate excepţională am înregistrat vindecări în 50% din cazuri.

Recapitulând cele mai sus expuse, constatăm, că din cele 16 cazuri de abcese pulmonare, am avut: 12 bolnavi vindecaţi, 1 bolnav mult ameliorat, 3 cazuri decedate.

Cifrele de mai sus convertite în procente dau: Vindecări: 75%, Ameliorări: 6,2%, Mortalitate: 18,75%.

Privind lucrurile dintr'un alt punct de vedere, ne dăm seama că din cele 10 cazuri de abcese simple, cu caracter mai benign, nici un caz nu a fost pierdut, cazurile mortale observându-se numai la cei cu gangrene pulmonare. In asemenea condiţiuni, procentul de cazuri mortale ar fi numai de: 6,25%, dacă ne gândim că un caz cu abces putrid a decedat chiar în ziua internării sale în spital,

iar la al doilea caz mortal nu s'a recurs la metoda cu benzoat de sodiu.

Spre a putea ilustra cele mai sus expuse, vom da pe scurt observaţia clinică a trei bolnavi, dintre cari doi cu abcese putride şi unul cu abces unilocular dar cu o evoluţie mai gravă.

Observ. 1-a. — Bolnavul Lazăr Traian, de profesiune lăcătuş la Atelierul Centrul al Societăţii de Mine Petroşani, în etate de 32 ani, este internat în serviciul nostru în ziua de 30 Dec. 1944.

Începutul maladiei sale a fost brusc, cu un puternic frison, cu un junghiu chinuitor la nivelul hemitoracelui drept, temperatura foarte ridicată, inapetenţă marcată, diaree, tuse mai mult uscată, o stare marcată de astenie, delir liniştit, facies pământiu.

Clinic se constată un focar de condensare la nivelul hemitoracelui drept, localizat mai mult la baza sa.

In ziua 4-a dela internare se face o vomică abundentă, expextorând cantitate foarte mare de secreţie purulentă, de culoare neagră-şocolatie, urît mirositoare. Concomitent starea sa se agravează, pulsul devine mai depresibil, foarte accelerat. In aceiaşi zi este obiectul unei hemoptizii profuze, care a fost stăpânită cu multă greutate.

In zilele următoare starea sa se menţine tot atât de gravă, vomicele se repetă zilnic şi cantitatea de spută este tot atât de bogată.

La examenul radiologic apare tot lobul inferior drept excavat cu un nivel de lichid.

Din ziua de 9 Ian. 1945, starea sa începe să se mai îmbunătăţească, situaţia ce se menţine şi în zilele următoare. Ameliorarea devine apoi din ce în ce mai vădită şi merge paralel cu atenuarea şi a celorlalte manifestări subiective şi obicetive.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După treizeci de zile dela primirea sa în serviciu, bolnavul a fost concediat vindecat. Acest rezultat se menţine până în prezent, bolnavul continuând a fi şi acum sub controlul nostru.

Bolnavul a fost tratat cu benzoat de sodiu. S'a utilizat mai întâiu soluţia de 10%, din care am injectat mai întâiu 10 cc., cantitate ce a fost ridicată la 40 cc., trecând apoi la concentrarea de 20%, din care am injectat doze ce au oscilat între 10 şi 30 cc., intra-venos.

Cantitatea de 30 cc. am menţinut-o până la vindecarea sa.

Observ. 2-a. — In acest caz este vorba de bolnavul Ţipţer Nicolae, din com. Lonea, de profesiune miner, în etate de 43 ani, care a fost internat în serviciul nostru în luna August 1943, cu fenomene de abces putrid al pulmonului drept.

Bolnavul nostru a fost tratat în aceeaşi condiţiuni ca primul bolnav şi după o cură de 30 de zile părăseşte spitalul vindecat.

Acest rezultat terapeutic se menţine până în ziua de astăzi, el continuând să muncească în mină.

Observ. 3-a. — In acest caz este vorba de bolnavul Krişak Alexandru, în etate de 39 ani, de profesiune muncitor, la serviciul Intreţinere C. F. R. din Petroşani. Bolnavul a fost internat în spital în luna Maiu 1946, în stare gravă, el prezentând febră ridicată, tuse chinuitoare cu expectoraţie abundentă, dureri toracice difuze, limba saburală, inapetenţă, agitaţie şi alteori somnolenţă. Stare de astenie marcată. La primirea în serviciu, cantitatea de

spută oscilă între 600—800 cc. în 24 ore, iar febra oscila între 38—40°. La examenul clinic şi radiologic se constată existenţa unui abces pulmonar drept, unilocular.

Se aplică şi aci metoda cu benzoat de sodiu şi se întrebuinţează sol. de 10%, din care se face doze ce au variat între 20 cc. şi 100 cc., intravenos. După patru săptămâni de tratament toate fenomenele locale şi generale au cedat, iar radiologic focarul a dispărut cu desăvârşire. In cursul evoluţiei procesului său pulmonar n'a expectorat spute urît mirositoare.

Şi acest bolnav poate fi considerat vindecat.

Din cele mai sus expuse se pot desprinde următoarele:

a) dintre toate metodele întrebuinţate, tratamentul cu benzoat de sodiu aceasta într'un timp care poate fi socotit record.

b) abcesele pulmonare putride sau gangrenoase continuă să fie maladii foarte grave, dând o mortalitate înspăimântătoare,

c) nici unul din cazurile noastre nu a necesitat o intervenţie chirurgicală, ceiace ar fi necesitat o perioadă foarte lungă de vindecare şi care lasă uneori sechele serioase ce nu rareori duc la infirmităţi apreciabile.

Mecanismul intim, în ce priveşte acţiunea benzoatului de sodiu asupra abceselor pulmonare; nu este încă pe deplin elucidat.

Se cunoaşte proprietatea fluidifiantă a benzoatului asupra secreţiunilor bronşice şi el ar putea exercita o influenţă mecanică asupra acestor secreţiuni, favorizând astfel eliminarea lor mai lesnicioasă.

S'ar putea invoca, cu titlu de ipoteză, pură, şi acţiunea sa directă asupra florei microbiene, fie prin vicierea metabolismului acestor microbi în urma perturbărilor aduse acidului Para-Amino-Benzoic, care este vital pentru păstrarea virulenţei lor ca şi pentru puterea lor de proliferare, fie atacând chiar substanţa vie a acestor micro-organisme.

Pe lângă acest tropism microbian ar putea avea şi un tropism tisular, determinând o vazo-dilataţie locală, cu activarea concomitentă a puterei de proliferare a ţesuturilor sănătoase, prin afluxul de fageciţi şi prin acumularea de anticorpi.

In urma acestei proliferări active a ţesuturilor sănătoase, ar favoriza şi ar stimula pătrunderea mugurilor în masa ţesuturilor bolnave. Prin acţiunea sa eventuală asupra membranei piogene, unde ar determina o vazo-dilataţie activă şi o redeşteptare salutară a procesului de proliferare a ţesuturilor componente, ar grăbi şi mai mult procesul de reparare.

Nu este exclusă şi influenţa sa asupra indicelui opsonic, contribuind la ridicarea puterei fagocitare a leucocitelor ca şi la mărirea puterei bactericide a ţesutului reticulo-endotelial.

Oricare ar fi realitatea în mecanismul acţiunei benzoatului de sodiu asupra mersului vindecării a abceselor pulmonare, un lucru este şi rămâne verificat şi anume ca această substanţă exercită o influenţă salutară asupra acestei maladii, ea dând numărul cel mai ridicat de vindecări.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DEFINIȚIA MEDICINEI *)

de

D-r V. M. PLĂTAREANU

In splendida revistă de artă și critică „Simetria" caet VII 946 D-l P. E. Miclescu într'un articol „Despre arhitectură", între alte considerente privitoare la conceptul arhitecturei ca artă pură, alăturând-o muzicei, (simfonia liniilor, planurilor și formelor), amintește faptul că până în prezent „arhitectura" nu are o definiție corectă.

Cele enunțate până'n prezent sunt fie incomplecte fie eronate și, în acest sens, încearcă D-sa o definiție cât mai apropiat de adevăr.

Nu de mult D-l Prof. C. Daniel într'o ședință de comitet a Secției Biologice dela Academia de Științe, spunea, cu un aer de complect scepticism, că; „desfide pe cineva să dea o definiție corectă medicinei".

Coincidența și aproape concomitența părerilor Domnilor P. E. Miclescu și C. Daniel, în domenii atât de diferite, arată necesitatea revizuirei multor definiții, care, elaborate cândva și poate chiar deplin satisfăcătoare pentru epocile corespunzătoare, să nu mai aibă valabilitate integrală în timpurile noastre.

In felul acesta, am ajuns să cercetăm câteva din definițiile date noțiunei „medicină" până'n prezent și într'adevăr am găsit că ele sunt sau incomplecte sau eronate și **niciodată „reale"**.

Cităm, bunăoară, din „Enciclopedia Română" D-r Diaconowich (Tom. III p. 233. 1904): „**Medicina** este **Știința** și **Arta** care se o-„cupă cu conservarea sănătății și cu vindecarea boalelor. **Ca Arta** „Medicina" caută un rezultat practic și se bazează pe **Științele** bio-„logice și medicale, pe cunoștințele complexe ale medicului în care „trăesce omul, ale vieței microorganismelor și ale paraziteilor macroscopice"....

In „Dictionnaire de Médecine" (E. Littré et Ch. Robin) ed. 1873 pag. 934) se găsește definiția următoare: Médecine-**Art** qui a pour but la conservation de la santé et la guerison des maladies.

---

*) Societatea Regală Română de Istoria Medicinei Ședința din 16 Februarie 1947.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

„Nouveau Petit Larousse, pag. 632, prevede médecine „Science" qui a pour but la conservation et le retablissment de la santé".

In „Larousse Medicale Illustre găsim abia în introducere o aluzie privitoare la medicină, concretizată în frază: „...Prevenir et guérir les maladies, en retablissant l'équilibre dansl'organisme".

„Meyers Lexicon"". Vol. 7. pag., 1180, (ultima ediție definește cuvântul astfel „Medizin" (Heilkunde Heilkunst) „die auf Heilung Kranker Menschen und auf gesundheitsfäkrung gerichtete Betätigung adică; „Medicina este știința" și artă însănătoșirei, care își îndreaptă activitatea către vindecarea oamenilor bolnavi și menținerea sănătății.

„Der Grosse Brockaus". Tom. 12. Medicina-Medizin-die Kunde von Gesunden und Kranken Menschen Von Krankenheit Ursachen und Krankwirkungen und Krankheitsheilung und Krankheits vorbehandlung, adică: „Știința despre oamenii sănătoși și bolnavi despre (cauzele) originale și efectele boalelor, prevenirea și vindecarea lor".

Așa dar cu foarte mici diferențe, găsim cam acelaș conținut noțional, în toate definițiile de mai sus.

Deosebirile mai importante constă în faptul că unii o consideră „știință", alții, „artă" și o altă categorie „știință" și „artă" totdeodată.

Singura definiție a lui Diaconowich, are o justificare a termenilor „artă" și „știință", fără să atingă însă corectitudinea unei „definițiuni" „reale" sau „logice".

Imperfecțiunea definițiilor noțiunei medicină în general rezidă în greutatea (imposibilitatea chiar, după părerea unora), de a cuprinde sensul atât de larg al cuvântului medicină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In adevăr o definiție logică trebue să cuprindă diferitele și variatele aspecte de tot ceace știm astăzi legat de stările: sănătate și boală.

Deaceea se pune întâia întrebare:

1. Este „Medicina", în sensul ei Universal o știință?

Răspunsul **poate fi numai parțial afirmativ**, fiindcă a existat și există și astăzi atâtea alte practici medicale neștiințifice căci avem: o medicină empirică, una sacedotală, una teurgică etc.

A doua întrebare:

2. Este medicina o artă?

La aceasta nu putem răspunde până nu lămurim sensul cuvântului „arta". Dacă facem distincțiune între „artele frumoase" (plastice, poetice, muzică etc.), care urmăresc realizarea frumuseții pure, dincolo de orice contigență cu practicul," sau, în orice caz, depășindu-l, desigur că din acest punct de vedere medicina nu poate fi considerată o „artă".

Dacă acceptăm noțiunea de „artă" cu un înțeles mai restrâns și atributiv, acela de „îndemnare", de „abilitate", de „virtuositate" în aplicarea ei practică, lucrativă, atunci medicina se apropie de ceace se înțelege prin noțiunea „meșteșug" (meseria, arta practică) care ajunge uneori să realizeze bunuri materiale utilitare, cu îndemnare și uneori chiar cu un adaos de însușiri estetice ce duc către frumos! (orfevreria, dantelăria, țesătoria etc).

Medicina văzută sub acest aspect de aplicaţie-utilitară, practicată chiar cu virtuozitate, nu ar putea fi acceptată ca urmărind frumosul,, decât în foarte rare împrejurări (operaţiuni plastice) cosmetice sau reparatorii.

Dacă luăm sensul noţiunei „arta" aşa cum îl „prezintă" „tehnologia modernă" găsim că „arta" este aplicarea adevărurilor teoretice, fie ale ştiinţelor pure, fie ale celor aplicate, cu scopul de a produce „bunuri" care să satisfacă atât trebuinţele utilitare practice (însumate în civilizaţie) cât şi cele ideale, abstracte (însumete în cultură).

Artele sunt numeroase cât şi ştiinţele şi fiecărei ştiinţe îi corespunde o „artă", după cum îi răspunde o filozofie (Fanu Al. Duţulescu dicţionar filozofic).

Intr'o definiţie corectă asupra medicinei nici acest sens dat „artei" nu poate intra ca determinant căci „aplicarea" medicinei, nu produce bunuri, ci, cel mult caută să **conserve valoarea capitalului uman (capital social).**

Aşa dar o definiţie bună a noţiunei generale a medicinei nu se poate servi de calificaţie potrivite numai unor părţi din întreg sau referitoare la alte noţiuni.

In acest caz trebue să arătăm care sunt condiţiile puse de „logica metodologică" în formarea unei definiţii.

După cum vom vedea, imediat, această disciplină ne recomandă următoarele regule în formarea unei „definiţii reale" sau „logice".

„1. Definiţia se exprimă printr'o judecată afirmativă, universală „al cărui predicat este chiar înţelesul.

CC-BY / Central University Library Cluj

„2. Intr'o definiţie ca în toate operaţiile gândirei logice, baza „este comparaţia care realizează însuşirile de calitate, cantitate, re„laţie şi modalitate, existente în fenomenele care alcătuesc înţelesul „noţiunei.

„3. Noţiunea este rezultanta la care se ajunge prin abstracţia „sintetizând toate caracterele asemănătoare ale fenomenelor ce se pot „cuprinde în aceeaş sferă.

„4. Definiţia trebue deci să fixeze înţelesul unei noţiuni într'o „judecată logică, exprimată printr'o propoziţie al cărui predicat este „însăşi înţelesul noţiunei, şi să exprime ceace se numeşte în logică „genul proxima" şi „diferenţa specifică".

„Definiţiile sunt greu de formulat, căci **ele nu trebuesc să cu„prindă nimic mai mult şi nimic mai puţin decât înţelesul logic arătat „mai sus şi totdeauna exprimat afirmativ.**

„O definiţie construită pe baze logice se numeşte o „definiţie „reală" spre deosebire de cele care nu se conformează regulelor „logice şi sunt numite „definiţii nominale sau empirice". (Fanu Al. „Duţulescu dict. Filozofiei pag. 61—62).

„Să încercăm aşa dar să dăm Medicinei o „definiţie reală" „adică conform logicei".

Aceea pe care am formulat-o, i-am dat un caracter de universalitate. O enunţăm:

Medicina este totalitatea practicilor care au drept scop prevenirea boalelor şi restabilirea sănătăţii individuale colective.

Imediat după aceasta, trebue adăogat. Medicina se împarte în: medicină umană şi veterinară, după cum este aplicată speciei umane sau altor specii.

A treia noţiune subordonată este, medicina umană se împarte în: empirică, teurgică, sacerdotală, ştiinţifică, etc.

A patra noţiune este. Medicina ştiinţifică, — este aceea care se serveşte numai de fapte ştiinţifice prin metodele ştiinţelor pozitive observaţii, proba, contra probă.

Acestei definiţii generale i-ar reveni meritul că ne conturează vastul câmp de aplicare al medicinei şi ar include toate practicile făcute în acest scop: empirice, sacerdotale, teurgice ştiinţifice, etc., materiale sau spirituale, care au un scop unic păstrarea sănătăţii prin mijloace **preventive** (higiena) şi **curative** (terapeutice de orice fel)!

Toate formele medicinei — empirice, sacerdotale, populare, teurgice, ştiinţifice, etc., pot fi aplicate de practicienii respectivi după criterii diferite, dar cu **scop unic — restabilirea sănătăţii!**

Puterea de intuiţie a suferinţelor, de aprecierea a gravităţei, de alegerea mijloacelor de vindecare, celor mai potrivite cazului, căruia se aplică, precum şi iscusinţa cu care sunt aplicate, ţin de factorul individual — om — al celui care practică îngrijirea.

Numai prin calităţile personale înăscute sau dobândite, ale acestuia, practica medicală aplicată cu virtuozitate poate să tindă către desăvârşire...

Numai prin această tendinţă a realizărei cât mai perfecte — adică „ideală" a faptului vindecărei, s'ar putea alătura indirect noţiunei de medicină şi atributul de „artă" dar nu în sensul că medicina este o „artă", că ea, **medicina poate fi practicată „cu arta".**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Convins fiind că tot ceace este omenesc este criticabil şi menit numai treptat desăvârşirei cred şi doresc ca definiţia medicinei dată de noi, astăzi, să fie înlocuită, cât mai repede şi cât mai desăvârşit!.

Rămân, deci, în aşteptarea „mai binelui"!.

I.

CARŢI — MONOGRAFII — REVISTE *)

Activitate profesională

CINCI ANI DE ACTIVITATE MEDICALĂ IN REFUGIU

de

Conf. Dr. C. STANCA

Bucureşti, 1947 „Editura Gorjan".

In primul capitol autorul, care conducea „Institutul pentru Studiul Cancerului din Cluj" expune condiţiile în care a evacuat în vara anului 1940 în urma cedării părţii Nord-Vestice a Ardealului, instalându-se în Bucureşti în grupul de clădiri dela „Aşezământul Principele Nicolae", aparţinând fostului ospiciu Mărcuţa: transformările ce au suferit noile servicii în cele 3 mobilizări succesive, până la denumirea de „Spital de Ginecologie şi Obstetrică" ce a primit, odată cu o nouă organizare interioară ce i s'a dat din anul 1946. Prezintă activitatea globală a serviciului radiologic şi activitatea desfăşurată în cadrul şedinţelor săptămânale de referate, conferinţe şi comunicări. Schitează metodele aplicate în prepararea bolnavelor înainte de operaţie, tecnica operatoare întrebuinţată şi tratamentul postoperator.

Detaliază apoi activitatea desfăşurată în serviciul său, prezentând pe rând nominal şi numeric: I. Intervenţiile chirurgicale pentru boli anexiale. — II. Operaţiile pentru fibroamele uterine. — III. Operaţiunile pentru deviaţiuni uterine. — IV. Intervenţiunile pentru cancerul uterin. — V. Alte laparotomii, pentru diverse afecţiuni.

Ca intervenţiuni de mică şi mare chirurgie (fără laparatomii) menţionează 1125 cazuri.

Ca lucrări de interes biologic, care constituesc contribuţiuni reale şi originale la chestiunile tratate, se menţionează: I. Contribuţiuni la studiul temperaturii gravidelor. — II. Studiu asupra grefelor ovariene. III. Influenţa lichidului seminal asupra femeii, în care autorul întrevede tabloul unei intoxicaţii spermice cu obezitate, dureri reumatice, menstruaţii diminuate, alternate cu perioade de amenoree şi sterilitate; şi schiţează tipul femeii sterile prin imunitate spermică.

---

*) Se vor recenza cu precădere lucrările trimise.

Vom publica în extenso în corpul revistei aceste ultime cercetări.

Pentru a sublinia importanţa pentru colectivitate a acestei intense activităţi desfăşurate nu întotdeauna în condiţiuni favorabile, vom menţiona că în secţia militarizată au primit îngrijiri 3150 soldaţi răniţi şi bolnavi; iar secţia ginecologică şi obstetrică a îngrijit în intervalul acesta de 5 ani 6140 bolnave internate, iar la dispensar au fost examinate în total 18.102 bolnavi.

Activitate ştiinţifică şi profesională.

OD. APOSTOL: *Activitatea în domeniul Iatroistoriografiei (1914-1946); al medicinei generale, antropologiei, etnologiei, igienei şcolare (1919-1946); — al medicinei aeronautice (1929-1946).*

Autorul expune tabla lucrărilor sale în domeniile sus enunţate, care numeric cuprinde 34 lucrări publicate şi 14 în manuscris pentru istoriografia medicală; — 62, plus 21, plus 18 pentru grupa doua: împreună cu curriculum vitae, decoraţiile şi medaliile primite de autor în răstimp; — o expunere detaliată a activităţii aeronautice care este remarcabilă şi-l aşează în fruntea aviaţiei medicale româneşti; în acest domeniu a inspirat 3 teze de doctorat: a publicat 52 lucrări. A înfiinţat Societatea Academică de studii Medico-Aeronautice şi Asociatia ştiinţifică a medicilor aeronautice.

In prezent autorul este şeful serviciului sanitar al aeronauticei şi are gradul de medic general.

Biochimie

BCU Cluj / Central University Library Cluj

V. MIHAILESCU: *Criteriile biochimice ale malignităţii.* Medicina Română, No. 9 1946.

Autorul expune caracterele biochimice principale ale celulei canceroase trăgând concluzia că pe ele şi pe reacţiile ce suscită, nu se poate pune un diagnostic cert al malignităţii, certitudinea neputând-o da decât semnele pe cari le dă anatomia patologică împreună cu biochimia şi clinica.

M. C.

Chirurgie

PROBLEMATICA SULFAMIDELOR ŞI PENICILLINEI IN CHIRURGIE

de

D-r GH. BAJEU

Impr. Căilor ferate române, Bucureşti, 1947.

Intr'o monografie de 83 pag., autorul culege noţiunile cunoscute cu privire la istoricul, acţiunea, indicaţiile şi modul de administrare al sulfamidelor şi penicilinei în chirurgie, în care sunt puse în slujba actului operator, dar nu-l pot înlocui.

Triarea cunoştiinţelor bine stabilite, culegerea atâtor date disparate şi claritatea expunerii lor din acest simplu recueil de faits, o lucrare care va putea fi consultată cu folos de orice medic, nu numai de chirurg, la un moment dat.

CHIRURGIA SISTEMULUI NERVOS SIMPATIC

de

GH. BAJEU

Impr. Căilor Ferate Române, Buc., 1946.

In această broşură de 125 pag., autorul strânge datele referitoare la anatomia şi fiziologia sistemului nervos vegetativ, cu aplicare în chirurgie. Aceste date le triază şi le împinge până la limita actualităţii, dând prioritate clinicului asupra teoreticului. Le seriază încă pe fir cronologic, pe legătura de grupe şi sisteme, pe acţiune fiziopatologică şi pe indicaţii comune terapeutice.

Sunt cu preciziune puse la punct rolul sistemului nervos simpatic, simpatectomia în turburările circulatorii, indicaţiile simpatectomiei, diferenţiarea maladiilor arteriale spastice de organice, operaţiile pe simpatic cu ramisecţiunea şi ganglionectomia, afecţiile asupra turburărilor circulatorii şi în turburările motilităţii organelor, simpatectomia pentru dureri, kausalgia.

Autorul aruncă o privire generală asupra întregului complex de probleme legate de simpatic, cu toate că se limitează, afirmă D-sa, la maladiile în care ar avea o experienţă personală. Această experienţă nu poate fi întinsă, de aceea cartea nu este animată de spirit critic. Ceea ce îi foloseşte, neprejudiţiându-i afirmaţiile categorice pe cari le fac numai cei cu o practică redusă. Rămâne astfel o trecere în revistă generală a noţiunilor în conexiune cu o materie, de obiceiu de actualitate, asupra căreia mai mult s'a scris decât s'a cercetat.

Cu atât mai bine venită este o asemenea încercare care scuteşte de dibuiri şi strânge laolaltă un material răspândit. Şi mai ales, de dorit triat.

Autorul s'a specializat oarecum în acest fel de lucrări.

M. C.

Colegiul Central Universitar Iaşi

Circulator

E. CORNELEAC: *Cons. asupra 2 cazuri de angină de piept operate după metoda suprimării reflexului pressor (Danielopolu).* Bull. Acad. de Méd. de Roumanie, No. 4-6 945.

Autorul relatează asupra 2 asemenea cazuri operate dupe metoda Prof. Danielopolu. Rezultatele imediate au fost favorabile. Accesele au încetat. In primul caz până la dispariţia acceselor anginoase s-a manifestat faza cunoscută de excitaţie postoperatoare; bolnavul a sucombat la 6 luni dupe operaţie prin progresele miocarditei., cea ce restrânge indicaţiile tratamentului operator.

Circulator

A PĂUNESCU-PODEANU: *Maladia ortostatică.* Medicina română, No. 1/1947.

Intr'un referat de ansamblu autorul expune aspectele diferite ale patologiei ortostatismului, sindromele ortostatice funcționale, fiziopatologia, clinica și tratamentul acestui sindrom ortostatic. Se prezintă, pe rând mecanismul de producere, hipotensiunea ortostatică (sindrom de denivelare tensională ortostatică — dupe autor), hipertensiunea ortostatică, tachicardia și bradicardia ortostatică, albuminuria ortostatică, sindromul neurologic ortostatic.

Diagnostic (orthodiagnosticul) și tratament sunt precizate în legătură cu manifestația ortostatismului, pe care explorarea tensiunei în poziție culcată apoi ridicată îl descopere, mai ales la hipertensivi, ptozici, femeile cu instabilitate vegetativă.

Dermatologie

E. COLBAZI, E. BOLOGA și V. DAMBOIU: *Considerațiuni asupra tratamentului cu „Reticulina M" în dermatologie.* Extras din Ardealul Medical, No. 1-2 1946.

Intr'o monografie de 42 pagini se expun rezultatele obținute în 39 cazuri tratate, dintre cari se prezintă în esență numeroase observații clinice. Autorii încep cu prezentarea „Reticulinei M" descoperită de Prof. I. Moldovanu dela Cluj, care o consideră ca un hormon al sistemului reticulo-endotelial (numele de M i s-a dat ca un omagiu adus lui Metchnicoff), capabil de a preveni fenomenele de șoc și de a vindeca manifestațiile morbide de natură alergică. Se prezintă modul de tratament și tabloul celor 139 cazuri tratate, între cari 105 au fost vindecate, 16 ameliorate și 18 neinfluențate. La bibliografie se expune toată literatura, care este numai românească, cu privire la Reticulina M.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Digestive

E. CIURA și GH. CIHODARU: *Supurațiuni primitive ale pereților gastro-intestinali.* Ardealul Medical, No. 7-8/1946.

Autorii prin prezentarea unui caz personal cu proces inflamator la nivelul ceco-colonului ascendent fără nicio legătură cu apendicele, relatează asupra existenței acestor procese inflamatorii primitive, cari abscedează uneori, la nivelul pereților tubului digestiv. Cazurile se întâlnese foarte rar.

M. C.

Fiziologie

GR. BENETATO, C. OPRIȘ și I. BACIU: *Rolul sistemului nervos central în declanșarea reacției fagocitare.* Ardealul Medical No. 7-8/1946.

Autorii experimentând pe 7 câini prin metoda „Capului izolat" trag concluzii decisive pentru afirmarea rolului pe care centrii nervoși

superiori asumă în deslănţuirea reacţiei fagocitare. Confirmă astfel rezultatul unui lung şir de cercetări anterioare, pe cari în parte le-am prezentat la timp.

Gin. Obs.

D. SĂVULESCU, P. SÂRBU şi D. IUREŞ: *Acţiunea ocitocică a sulfatului de sparteină.* Medicina română, No. 10/1946.

Autorii au studiat clinic şi pe grafice acţiunea ocitocică a sulfatului de sparteină pusă în evidenţă în ultimul timp în publicaţiile franceze, ajungând la concluziile următoare: sulfatul de sparteină accelerează şi regularizează ritmul contracţiunilor uterului în travaliu, mărindu-le intensitatea şi amplitudinea; între contracţiuni uterul se află în stare de relaxare, încât fetul nu sufere; acţiunea este lentă, progresivă de lungă durată (2 la 4 ore) prin raport cu acţiunea rapidă, brutală a pituitrinei; dozele active curente se cuprind între 10—20 ctgr. pe injecţie, se pot repeta; doza de tetanisare este de 1.50 gr., deci de 10 ori mai mare ca cea utilă.

Hematologie

GH. TUDORAN, P. BALMUŞ şi A. ROSIN: *Reticulo-endotelioză acută aleucemică (cu plaje azurofile).* Pagini medicale, 10-12 946.

Autorii prezintă un caz la care atât în sângele periferic cât şi în măduva osoasă au găsit celule nediferenţiate, cari prezintă un aspect deosebit, amintind plajele azurofile descrise de Zota la unele insecte.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

E. CORNELEAC şi G. GANCEVICI: *Trombopenie acută primitivă cu sindrom purpuric şi splenomegalie-splenectomie.* Buc., 1945.

Cazul comunicat probabil la Soc. de chirurgie, prezenta înainte de splenectomie 14.000 trombocite; la 3 zile după operaţie, 114.000; la 3 luni, o stare înfloritoare cu 241.000 trombocite. Autorii încearcă o punere la punct a sindromului trombopenic şi tratamentului adequat.

G. CHIPAIL şi TH. ECONOMU: *Organizarea donatorilor de sânge.* Spitalul, No. 9-10 1946.

Autorii expun problema donatorilor de sânge, necesitatea organizării donatorilor de sânge la noi, precum şi amenajarea unor centre de transfuzie, prezentând detalii dupe modelul organizării în străinătate.

M. C.

Intoxicaţii

Prof N. IOANID şi G. BORŞ: *Un caz rar de otrăvire cu trinitrotoluol (Trotyl).* Spitalul, No, 9-10 1946.

Trotylul este un explosiv puternic întrebuinţat de minieri şi în scop militar. Autorii publică un caz în care absorbţia s-a făcut prin piele în urma aplicării unei pomezi preparată cu grăsime şi trotyl pentru râe. Este singurul caz întâlnit până în prezent la Institutul medico-legal din Bucureşti.

Infecţiuni

I. SAVULESCU şi A. FAINIŢA: *Gangrenă gazoasă dupe administrare de injecţie cu cardiazol*, Pagini medicale 10-12 1946.

Autorii expun o observaţie în care o gangrenă gazoasă a rezultat dupe o injecţie cu cardiazol. Asemenea gangrene gazoase consecutive injecţiilor de soluţiuni medicamentoase există, fiind datorate unei infecţiuni endogene de focar. In literatura medicală românească au mai fost publicate 4 cazuri similare: 2 prin injecţii de adrenalină, 1 prin calciu gluconat şi 1 prin ser antiperitonitic. Asemenea complicaţiuni sunt letale. Ele nu trebue să angajeze responsabilitatea medicului.

Infecto-Contagioase

EVOLUŢIA FEBREI TIFOIDE IN MUNICIPIUL IAŞI PE 50 ANI 1894—1943

Iaşi, Tip. «Presa» 1946.

de

D-r GH. ANDRONOVICI

Autorul expune condiţiile de sanitaţie ale Iaşului (între cari istoricul şi starea celebrei conducte de la Timişeşti); evoluţia anuală a febrei tifoide (cu perioadele dinainte şi dupe introducerea apei de Timişeşti, până la şi dupe clorinare; — şi perioada vaccinărilor antitific—paratifice în masă între 1939 şi 1943); evoluţia febrei tifoide pe sexe, pe vârste, pe lunile anotimpului toate ilustrate eloqvent prin grafice, scheme şi tablouri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In încheere, se arată că au fost între 1894 — 1943 9255 cazuri de febră tifoidă, dintre cari 1010 mortale; în primii 25 ani au fost de 4 ori mai multe cazuri ca în a doua perioadă a răstimpului; ameliorarea se datoreşte aplicării vaccinaţiei cu T. A. B. în armată şi în populaţia civilă şi organizării spitalului de boli contagioase. Azi oraşul Iaşi se aşează printre oraşele româneşti cu cea mai mică morbiditate tifoidică.

Sunt citate la loc de frunte numele Prof. Slătineanu cu colaboratori, printre cari Prof. Băltean, cari s-au ocupat cu studiul şi combaterea epidemiilor de febră tifoidă la Iaşi.

Monografia aceasta poate servi ca model celorlalte municipii şi craşe pentru prezentarea stării lor sanitare.

M. C.

Medicina Socială

D. DEŞLIU: *Monografia sanitară a Circ. Brezoiu-Vâlcea—1947, Tip. „Gutemberg" R. Vâlcea.*

In cadrul unei monografii sanitare, de tipul celor iniţiate acum câţiva ani de M-terul Sănătăţii şi de către Invăţământul Igienei Sociale, dar neglijate în urmă, D-l Dr. Gh. Deşliu, medic al Circ. Brezoiu-Vâlcea, prezintă istoricul şi geografia localităţii; — în grafice, mişcarea populaţiei între 1938 şi 1946; mortalitatea infantilă şi morti — natalitatea, indicele vital simplu şi reprezentarea pe scară grafică orizontală a mediei fenomenelor vitale; — personalul cu care a activat; — bolile mai impor-

tante, în cadrul cărora se așează tuberculoza, sifilisul și gușa care este specifică regiunei (asupra căreia autorul a insistat într'un articol documentat în numărul 11-12/946 al acestei reviste, propunând soluții).

O lucrare meritorie care trebue dată ca exemplu și care a fost posibilă prin apostolatul exercitat de autor cu rămânerea în post, pe loc, neîntrerupt dela 1937 până în prezent — adică n-a vagabondat în căutarea unei circ. mai bune. D-l Dr. Gh. Deșliu are de altfel o pregătire temeinică de bază, fiind extern, intern, preparator la clinica chirurgicală din Cluj, medic specialist în stomatologie și igienă. A organizat la Brezoiu un dispensar model.

Nutriție

I. PAVEL: *Le rôle des pancreatites medicales dans l'etiologie du diabète.* Presse médicale, No. 4 1947.

Bazându-se pe observațiuni și cercetări personale făcute în cursul oreilloanelor, icterului cataral, al pneumoniei, al scarlatinei, autorul caută să reabiliteze rolul infecțiunilor pancreatrope în etiologia diabetului, chiar când apare mult timp dupe infecție. Profilaxia diabetului se bazează pe acea a boalelor infecțioase în cauză și mai ales pe îngrijirile date pancreatitei prea adeseori ignorată, pentru-că nu explorată cum trebue. Gavajul alimentar hiperzaharat în convalescența acestor infecțiuni va fi proscris.

Oftalmologie

ELENA PUȘCARIU și D. LĂZARESCU: *Ameliorări la extracția Cataractei senile.* Pagini medicale, No. 10-12 1946.

Autorii expun modificarea ce au adus punței de conjunctivită situând-o lateral spre partea internă, ca să suprime neajunsurile punței mediane.

Olo-Rino-Laringologie

I. MEȚIANU și F. MEDEȘAN: *O formă nouă de otită acută la sugari.* R. r. de O. R. L. No. 1-2 1946.

Autorii descriu la 4 cazuri clinice o formă nouă de otită acută la sugari, caracterizată prin febră mare cu stare de agitație, fără o alterare prea profundă a stării generale, timpanul are o culoare rozată difuză, este lucitor și transparent.

Paracenteza deși negativă determină o cedare a tutulor simptomelor.

M. C.

Organizare sanitară

PROBLEMELE FUNDAMENTALE ALE SĂNĂTAȚII PUBLICE RURALE DIN ROMÂNIA

de

I. ALEXA și **CANTEMIR ANGHELESCU**

în colab. cu

I. POLOVRAGEANU și **AUG. ȘTEFANESCU**

260 pag. Tip. „Presa" București, 1946.

Semnalăm cu un moment mai de vreme, lucrarea de mai sus

care, fiind date problemele ce atacă şi competinţa autorilor, se impune atenţiei operei de guvernământ.

In PARTEA I, se tratează despre *Natura problemelor de sănătate ale populaţiei rurale.* (Date asupra mortalităţii. — Date asupra morbidităţii. — Bilanţul demografic).

In PARTEA II-a, se expune *Organizarea şi funcţionarea serviciului sanitar rural.* (Circumscripţiile şi plăşile sanitare. — Spitalele. — Laboratoarele de igienă. — Factorii socio-economici).

In PARTEA III-a, se propune un *plan nou,* de executat în 2 etape. Etapa I, de punere în stare de funcţionare normală a instituţiilor existente, într'un an. — Etapa II-a, de desvoltare şi amplificare a programului de sănătate publică, cu rezolvarea problemei medicamentului şi a finanţării.

Vom reveni pe larg şi în repetate rânduri asupra acestui remarcabil studiu din care vom prezenta părţi după însemnătatea problemelor ce vom desbate şi după urgenţa lor.

Deocamdată, în cadrul cronicei noastre vom pune *Problema medicamentului.*

M C.

Paludism

C. ZAMFIR, R RAMNICEANU, V. GEORGESCU: *Valoarea testului efedrinic în ech valenţele malarice.* Spitalul 9-10 1946.

Autorii au aplicat testul efedrinic în mod sistematic (5 ctgr. efedrină intramuscular şi, la $1/2$ oră dupe splenocontracţia provocată, examenul sângelui) la 74 paludici, dupe tratamentul clasic; la 70 dintre cei ne parazitofori testul efedric a provocat la 4 bolnavi acces paludic cu apariţia parazitului în sânge, la 18 numai apariţia parazitului în sânge fără acces — deci 22 bolnavi cari nu fuseseră sterilizaţi şi la care tratamentul a trebuit să fie continuat. Dintre aceşti bolnavi unii tăcuseră echivalenţe malarice, de natură probabil alergică, sub forma de tachicardie paroxistică, colică nefretică, ulcer gastric, lombago, sindrom meningeal, artrită şi migrenă.

Profesionale

S. HERSCOVICI: *Sindicatele Sanitare.* Pagini medicale, 10-12 1946.

Autorul expune avantajele pentru apărarea intereselor profesionale medico-sanitare a sindicatelor sanitare, ceeace n'au putut realiza Asociaţia gală a Medicilor şi Colegiul medicilor, din trecut. Aminteşte lupta depusă pentru primul sindicat medical din ţară dusă de Doctorul A. Abramovici în paginile revistei sale „Bucureşti Medical" şi realizările actuale ale sindicatelor sanitare.

Prognostic

P. TOPORAŞ: *Consideraţiuni generale asupra prognosticului.* Pagini medicale, 10-12 1946.

Autorul expune relaţiile cu faptele de cari depinde un prognostic şi elementele pe cari se sprijină. Incepe cu aforismul lui Hippocrate

„obiectul cel mai important este prognosticul" o termină cu cuvintele lui Fargue şi Aimes: „Le public est indulgent pour une erreur de diagnostic; il est imitoyable pour une faute de prognostic".

Stomatologie

C. OPRIŞIU şi I. ŞTEFAN: *Reacţ.a salivei şi frequenţa cariei dentare.* Ardealul Medical, No. 7-8/1946,

Autorii pun în evidenţă prin un număr de 81 cazuri examinate relaţia dintre caria dentară şi reacţia salivei acide: mediul salivar alcalin este defavorabil cariei; prezenţa în salivă a fosfatazei o favorizează.

Tuberculoză

VIRAJOTERAPIA UMORALĂ PE CALE OPERATORE

în trat. tbc. pulm. şi osteo-artic., în astmul bronşial şi diatezele spasmogene ale copiilor.

de

D-r MANU IULIU

Monografie, Spit. Huedin — Cluj 1946

O remarcabilă lucrare originală provenită din Serv. de Chirurgie al Spit. din Huedin (jud. Cluj), al cărui medic primar chirurg-director este autorul.

Normal, reacţiunea sângelui este uşor alcalină, Ph. sanguin se modifică, adică virează, sub influenţa agenţilor patogeni. In acelaşi timp se modifică şi tonia sistemului nervos simpatic sub influenţa schimbării de reacţie a mediului humoral, anume se stabileşte o stare de simpaticotonie pentru umorile de reacţie acidă şi de vagotonie pentru umorile cu reacţie alcalină. Anumite boale merg cu anume stări de tonie vegetativă şi anume reacţii ale mediului umoral. Astfel, afecţiunile tuberculoase în general, determină o stare vagală şi un mediu umoral alcalin.

Autorul s'a gândit să folosească în scop terapeutic acţiunea favorabilă a terenului proprice, virând mediul alcalin umoral din tuberculoză într'unul acid. Această virare se poate face prin metode dietetice acidifiente, cum este regimul lui Gerson-Sauerbruch, care este un regim cetogen (cu grăsimi în loc de glucide); sau prin mijloace medicale; sau pe cale chirurgicală, la care a recurs mobilizând un segment al sistemului osos dintr'un punct oarecare, anume determinând o fractură cominutivă incomplectă a feşei interioare a diafizei tibiale şi lăsând fragmentul pe loc *„autotransplant tibio-fragmentar pe loc"*. Se ştie că o mobilizare osoasă prin excitaţia măduvei osoase constitue un stimulent biologic de acidifiere ideală a organismului prin creşterea ionilor acizi şi de lungă durată (4—6 luni, cât timp îi trebui organismului pentru repararea defectului osos), şi continuă. obţinută printr'o manevră unică. Operaţia se face pe lungime de 10 ctm. şi lăţime de 2 ctm. pe faţa interioară a tibiei; cu o sondă

se lubrifică măduva subjaacentă; se repun fragmentele pe loc, se suturează pe deasupra periostul şi celelalte planuri de ţesuturi.

Metoda a fost aplicată întâia oară în Ianuarie 1945. Numărul cazurilor a crescut de atunci la 130. Rezultatele sunt remarcabile: se influenţează întâi curba temperaturei; semnele de intoxicaţie tuberculinică dispar; la început baciloscopia pozitivă, se accentuiază uneori, în urmă se negativează repede; reacţiile perifocale dispar; o cicatrizare manifestă se accentuiază (în formele cavitare 80% în 3—6 luni); când este cazul, instituirea concomitentă a unui pneumotorax grăbeşte cicatrizarea într'un timp record; în cavernele gigante stagnează complect evoluţia de focar. Prognosticul este cu atât mai favorabil dacă în prima săptămână după operaţie se constată un viraj net spre acidifiere.

Aceleaşi rezultate foarte bune, a constatat autorul în 2 cazuri de alte 2 boale vagotonizante, astmul bronşic şi criza spasmodică. Şi propune aplicarea metodei în afecţiunile spasmofile, cari se ştie că sunt însoţite de hipocalcemie şi aminteşte de cercetările lui Talbot din 1931, care în 208 cazuri de epilepsie infantilă a obţinut vindecări complecte complecte în o treime a cazurilor, iar în a doua treime, ameliorări remarcabile prin regimul cetogen, care este acidifiant.

Noui metode de tratament trebue să i se deschidă credit larg fiind pusă în aplicare pe scară întinsă. Pentru cercetările de control, în vederea documentării prin obţinerea broşurei pe care am prezentat-o, amatorii se pot adresa direct autorului, la Spitalul din Huedin—Cluj, care cere a i se comunica rezultatele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L. DANIELLO şi N. BUMBĂCESCU: *Sporirea morbidităţii tuberculoase printre studenţii Universităţii din Cluj.* Ardealul Medical, No. 7-8, 1946.

Autorii examinând studenţii Universităţii din Cluj în anii de dupe războiu au constatat tuberculoza în forme evolutive la 210 studenţi dintre cari 67 urmează un tratament cu pneumotorax. Propun înfiinţarea unui sanatoriu studenţesc interuniversitar dupe modelul celui din Elveţia şi Franţa — astfel precum D. Prof. I. Haţieganu şi L. Daniello au propus încă din 1925, şi cum fac în prezent demersuri ca să se înfiinţeze acum.

Terapeutică

O. MILIAN şi L. ROCCO: *Tratamentul febrei tifoide cu penicilină şi sulfamide.* Medicina română, No. 10/1946.

Autorii, urmând încercărilor expuse în literatura englezească, au tratat 3 cazuri de febră tifoidă gravă cu penicilină şi sulfamide. Rezultatele au fost manifest favorabile, dar dozele mari de peniciliină (800.000 unităţi la copilul de 5 ani, 2 milioane la un copil de 14 ani, şi 3 milioane unităţi la o bolnavă adultă), necesitate, constituesc un tratament de excepţie.

M C.

Urologie

NEFRITA ACUTĂ

Noţiuni de fizio-patologie clinică

de

OCT. FODOR

Tip. „Cartea Românească" Cluj 1946

O monografie de 85 pag., ieşită din clinica I medicală dela Cluj, de sub direcţia d-lui Prof. I. Haţieganu, în care autorul este asistent. Reflectă concepţiile maestrului şi ale şcoalei D-sale, este astfel cu atât mai de valoare, asupra proceselor nefretice, aici numai asupra nefritei acute.

Dela concepţiile anatomice ale lui Bright şi Charcot, funcţionale ale lui Vidal şi şcoalei sale, anatomo-fiziopatologice ale lui Volhard şi Fahr, clasificarea eclectică a d-lui Prof. Haţieganu — care are în vedere tipul anatomo-patologic, evolutiv şi funcţional predominant al unei nefrite — este cea mai complectă.

Dintre nefrite, nefrose şi scleroze; cari pot fi acute, subacute şi cronice; ipertensive, anatomice, cu edem sau sindrom urinar, studiază lucrarea de faţă numai *nefrita acută:* Se insistă în special asupra nefritei de răsboiu. Se coprind patogeneza, fiziopatologia, formele clinice şi tratamentul.

Ca *tratament* se administrează 5 zile regim sec (mere, cartofi tăiaţi în felii şi fierţi în untdelemn fără sare, în 3—4 porţii zilnic), urmat 2 zile de regim declorurat (hidrocarbonate) cu lichide în cantitate egală cu diureza din ziua precedentă. A 7-a zi se face *şocul cu apă,* după metoda lui Volhard. In aceste 7 zile s'a administrat zilnic bolnavului strofantină intravenos în doze de $1/4$ mgr., deci $1—1\frac{1}{2}$ mgr. în total. Şocul cu apă se face astfel: se administrează dimineaţa pe nemâncate 1—5 litru ceai slab, călduţ, împreună cu 0,50 gr. teocină sau teobromină, care se bea în $1/2$ oră, se colectează urina din jumătate în jumătate de oră, şi cantitatea totală din 24 ore. Se urmăreşte prin acest procedeu a stabili o diureză ridicată, care să resoarbă toate resturile de edem. Şocul cu apă este reuşit când, în primele 4 jumătăţi de oră se obţin cel puţin 400 gr. urină, iar în 24 ore la circa 2000 gr. După stabilirea unei bune diureze şi normalizarea tensiunei arteriale se face evidarea focarelor infecţioase (dacă şi pe unde există), iar timp de 2 luni se dă regim alimentar declorurat cu lichide puţine.

De ce valoare clinică şi de câtă utilitate practică este această monografie, reese din schiţarea de mai sus a cuprinsului său.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

JURNALUL DELA IAŞI

Decembrie 1914 — Septembrie 1915 *)

de

FRANCISC J. RAINER

Marţi, 2 Dec. 1914

De ce I... şi C... n'au nici o acţiune culturală vizibilă? De ce înrîurirea lor nu ie şi o îndrumare spre problemele cu care se muncesc cei mai mari din omenire? Ce fel de personalităţi ies din şcoala lor? Un răspuns lămurit la aceste întrebări îmi va arăta clar ce ie de făcut pentru ridicarea nivelului intelectual al tineretului nostru universitar.

Miercuri, 3 Dec. 1914.

Când vom cunoaşte bine centrii din creier ai vieţii viscerale şi legăturile lor cu corticalitatea, atunci d'abia vom avea o bază ştiinţifică pentru guvernarea vieţii noastre sufleteşti, pentru înţelegerea stărilor (afective. Tot ce cunosc acum din lectură şi din auzite, mi se pare frust vorbesc de viaţa afectivă).

Iar sentimentul de întristare care îmi vine din conştiinţa insuficienţii mele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Joi, 4 Dec. 1914.

Curajul meu iese dintr'o rezignare imensă, dintr'un abiz de descurajare. Voinţa mea de a nu face nimic ca să scadă viaţa activă, vine după ce moartea m'a preocupat ani de zile cu o intensitate care nu poate fi întrecută. Simt nevoia de căldură, a unei călduri care să nu-mi lipsească pînă la sfârşitul vieţii. De aceia trebuie să simt şi să gîndesc intensiv şi tot mai cald, ca pînă la sfîrşit să tot am ce da.

D'abia acum intru în perioada de maturitate ştiinţifică. Am un capital oarecare de fapte ştiinţifice, am cunoştinţă de ideile generale ale unor oameni naintaţi; îmi închipui cum ar atacă iei chestiunile. Intr'un cuvînt, sînt *orientat*. Şi ştiu că prin aceasta aduc un serviciu celor din jurul meu. Dar n'am o viaţă ştiinţifică personală, adică o personalitate ştiinţifică. Imi şi lipseşte centrul de cristalizare pentru cunoştinţele mele: o concepţie vie despre om. Max Klinger crede, că fiecare eră artistică ie caracterizată printr'o concepţie proprie asupra corpului omenesc.

Ieu cred că valoarea ştiinţifică a unui biologist se măsoară prin intensitatea şi claritatea cu care simte trăind organismul omenesc, ca un întreg.

Realitatea existenţii mele o simt în mod intermitent. Anumite exerciţii fizice, cu un caracter de luptă, îmi dau repede o sensaţie vie şi foarte bună despre aceasta. De asemenea plimbarea în natură liberă, dacă ie mai lungă de $1^1/_2$ oră.

Revista Fundaţiilor Regale No. din Noembrie 1945

Vineri, 5 Dec. 1914.

Sculat târziu. Exerciţii fizice şi de enunţare. Fără *vigoare* în cugetare şi în acţiune nu pot avea o influenţă adîncă ca profesor. Ştiu că voi ajunge la aceasta, dar trebuie, cît mai curând. Felul de trai pe care-l duc acum îe, pare-mi-se, cel mai nimerit: O activitate centrală, cea didactică, în jurul căreia se grupează celelalte. Concentarea energiei mele intelectuale asupra a cîtorva chestiuni fundamentale de care dau mărturie în public; subordonarea tuturor celorlalte preocupări la aceasta, ceea-ce sistematizează cunoştinţele mele. aşezând-le într'o hierarchie. Toate acestea sînt de natură de a desvolta o personalitate intelectuală bine reliefată. Se mai adaogă, ca un factor important, exerciţiile fizice (două cuvinte şterse) în care trăiesc acum.

Sâmbătă, 6 Dec. 1914.

Trebuie să-mi alcătuiesc un dosar care să cuprindă materialul pentru o concepţie vie asupra organismului uman, şi deci şi pentru lecţia mea de deschidere anuală a cursului de anatomie. Acea lecţie, pentru mine mai mult ca pentru ceilalţi, va trebui să caracterizeze nivelul cunoştinţelor mele despre organismul uman, *luat ca un întreg.* Voi avea grije, de fiecare dată, ca s'o ţin în astfel de condiţii, încît să pot desfăşura pe deplin, adică cu toată amploarea lor, calităţile intelectuale la care ţin: Puterea de a alege faptele caracteristice şi de a le prezenta în aşa fel şi în aşa ordine, încît să rezulte în mintea ascultătorilor (deşteptată în chipul cel mai viu prin ciocnirea cu celę auzite) o sensaţie intensă, o quasi-înţelegere prin anticipare a chestiunii mari puse: problema formei omeneşti.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste lecţii de deschidere trebuie să le redijez cu mare îngrijire, căci iele îmi vor servi de măsură a progresului realizat în cursul fiecărui an în ceea ce ie esenţial pentru mine.

Luni, 8 Dec. 1914.

După fiecare lecţie, seara trebuie să mi-o fixez pe hârtie, cât mai complect. Să am grije de a nota aparte *termenii reprezentativi, rezumativi* ca să-i pot controla mai lesne şi mai dese ori, de asemeni cuvintele care se articulează mai greu.

Am petrecut toată ziua într'o agitaţie febrilă. M'am hotărât să scindez lecţia, pe care trebuie s'o ţiu, căci am simţit nevoia de a lumina mai mult *principiul celular.* Atunci am început să mai aleg figuri pentru planşeu lucru migălos; destul că n'am putut termina şi n'am ţinut lecţia.

Până acum (2¾ dimineaţa) am lucrat încontinuu, alegând figuri, citind. Multă vreme mai cere pregătirea cursului!

Exerciţiile musculare mi le-am făcut.

Marţi, 9 Dec. 1914.

M'am zbuciumat toată ziua în chestiunea lecţiunii de mâine. E greu de prins net ideia lui Heidenhain. Acum e 3 fără 20' (dim.) focul s'a stins în sobă şi n'am terminat. Mă culc, căci nu prevăd un sfârşit. — Exerciţii musculare multe.

Miercuri, 10 Dec 1914.

M'am culcat, dar n'am putut adormi îndată. Am mai reflectat, am mai citit. M'am deşteptat la 8½. Am încercat să mai dorm. In fine, la

9½ m'am sculat. Am rămas acasă şi am lucrat. Ideile mi s'au precizat. Dar la curs am fost foarte obosit şi expunerea mea a lâncezit.

Joi 11 Dec. 1914

Până ce nu va trăi în mine o concepţie largă şi bogată asupra substanţei vii, nu voi scăpa de zbuciumul acesta cu pregătirea lecţiilor. Până atunci mai sunt câţiva ani în care timp voi aranja partea mecanică a cursului meu în aşa fel, încât să nu-mi mai răpească vremea.

Vineri, 12 Dec. 1914.

Şi iată, de fapt, înjugat la muncă altminteri decât oricând. Trebuie să dau viaţă concepţiilor din ziua de azi, însuşindu-mi din iele, bine înţeles, atât cât se poate fuziona cu ce mai am, Trebuie să strâng materialul cel mai bun pentru sprijinit o expunere care să fie luminoasă. Trebuie să-mi desăvârşesc tehnica expunerii şi a gândirii. Şi toate acestea pentru a fi utilizate în sens humanistic. E 12 noaptea.

Luni, 15 Dec. 1914

Va trebui, anul viitor, să încep cursul cu *studiul substanţei vii.* Simt nevoia de a face iarăşi, un timp îndelungat, observaţiuni asupra elementelor vii. Din vacanţa mare voi consacra o mare parte acestui lucru, pe care nu l-am mai făcut de mult şi care-mi va da un grad mai mare de siguranţă, — La dreptul vorbind, astă-vară, am făcut observaţiunile, nepreţuite pentru mine, asupra fecundaţiunii la ariciul de mare (Arbacia pustulosa). E 1½.

Marţi, 16 Dec. 1914,

Azi iar am simţit «le frôlement de la mort». Dar acum sânt foarte sus, f. aproape de punctul culminant care poate fi atins. — Nu-l mai simţisem de mult E 1½.

Miercuri, 17 Dec. 1914.

Dacă nici în singurătatea aceasta nu voi face ceva din mine, în aceşti 2 ani, pe cari îi mai am, atunci mă dau pierdut.

Duminică, 21 Dec.. 1914

Am fost la Ateneu pentru simfonia IX-a. Orchestra prea mică. — Impresia, avută şi altădată, că tehnica lui Beethoven e învechită în unele privinţe. Multe bruscheţe, parcă impacienţe, ca din măestrie insuficientă: pe urmă, după pregătiri foarte scurte, părţi dumnezeeşti.

Nimic nu restabileşte cu atâta iuţeală unitatea fiinţei mele ca muzica. Toate avânturile mele se leagă între ele, toate ideile apar colorate, încălzite: cu partea lor «psihică».

Privind lumea din lojă, mă deprind cu gândul de a-i vorbi şi de a o influenţa.

E nevoie să am noţiuni cantitative despre partea din corpul nostru, care moare în fiecare clipă.

Duminică, 28 Dec. 1914

Notez senzaţia cu totul deosebită, pe care o ai — după o noapte de sbucium din pricina insomniei — când spre dimineaţă îţi vine somnul: o descordare *bruscă* şi binefăcătoare (ceva analog cu senzaţia subită de *pace sufletească*, pe care am avut-o de câteva ori) a musculaturii (a întregei musculaturi? în ce ordine?). Ca şi cum unei stări de hipertonie i-ar urma o stare de hipo-, ori poate chiar, de atonie.

Tonusul muscular poate varia în limite *foarte largi* şi în mod subit (stări psihice).

Gradul de desvoltare individuală a musculaturii este el o *invariantă*, dată în spermovium? Ori poate el varia, fără daună pentru vreun alt sistem organic; mai ales fără să tulbure legăturile intra-centrale dintre diferitele organe?

In centrii nervoşi, inferiori şi superiori, locul aparatului muscular este el fixat prin ereditate până în amănunţimi, aşa încât rezultă o *tulburare* în asociaţiile respective, din pricina desvoltării în minus ori în plus a musculaturii? O tulburare care să-şi poată găsi şi expresiunea psihică? O lărgire oarecare de variaţiune trebuie, să existe. Dar până la ce vârstă?

Marţi, 30 Dec. 1914

Imi trebuie:

1. O definiţie bună a individualităţii.

2. Noţiuni precise despre unităţile fiziologice ale organismului. O listă a tuturor unităţilor mai însemnate.

3. Ie una din preocupările mele mari stabilirea rolului pe care-l joacă în organism individul celular. Am impresia vagă că intuiţia limpede a acestui lucru mă va orienta în privinţa rangului (ori rolului) meu în organismul vieţii (considerat ca o unitate dela începutul lui pe pământ, — ori în univers).

4. Claritate în privinţa legăturii care există între muncă şi asimilare. — Adaptarea funcţională se face graţie iei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Luni, 5 Ian. 1915

Să nu uit: Trecând pe lângă «panorama Griviţei» am văzut anunţată o expoziţie de tablouri. Am intrat pentru câteva minute. Desemnuri, tablouri. Un desemn înfăţişa un cap de băieţel, evreu, de vreo 10 ori 11 ani, inteligent, cu un aspect tipic. In ce consta tipicitatea? Poate îngrămădirea feţei în spre gură; micimea orbitelor; *axele oculare nu convergeau perfect*; ceva, poate, în felul de inserţie a urechilor. In orice caz, un punct de plecare pentru observaţii sistematice.

Luni, 12 Ian. 1915.

Problema cea *mare* ie: Cum (Ştersătura) facem ca să umplem viaţa noastră cu *lumină* şi *căldură*? Aceasta trebuie rezolvată pe urmă, dar nu prea târziu!

Marţi, 13 Ian. 1915.

O concepţie asupra vieţii, pe care toate întâmplările să o consolideze. Trebuie să rezulte dintr'însa o mare stăpânire de sine, o mare egalitate şi un fond de mulţumire cu ceva sublim într'însa. Ajuns aici prin studiul ştiinţei tale şi al mediului, vei avea — d'abia atunci — autoritatea necesară visată de atâta timp, ca să poţi expune acea ştiinţă.

Luni, 9 Febr. 1915

Articulez cu deosebire limpede, vocea ie suficient de puternică însă nu destul de sonoră. Caut să remediez şi nu mă voi desista. Ce-mi va lipsi, voi înlocui prin tăria convingerii.

Joi, 12 Febr. 1915

Azi noapte insomnie.

Tot mai limpede am sensaţia de reculegere ca pentru o săritură

puternică înainte. Sărăcia sufletească de acum va dispărea. Mi se oțeleşte voinţa, ca prin ceaţă zăresc luminile farurilor mele. Nu mă voi mai simţi, ca până acum, copil fără de nici un sprijin, lovit de nenumărate ori, care nu se aşteaptă la nimic bun din partea nimănui şi nu pricepe nimic din toate acestea. — Am reacţionat, desigur, de multe ori în viaţă, şi în mod eficace; dar aceste reacţiuni n'au pornit dintr'o convingere adâncă.

Nici o vedere adâncă. însă aspiraţiuni pe care le avem veşnic în minte; neputinţă vădită de a înainta în realitate şi totuşi sentimentul de a fi deosebit de ceilalţi, — cu toţ cortegiul de conflicte externe şi interne: iată izvorul din care au ieşit reacţiile mele; iele nu's *ale mele* ci ale unei sensibilităţi de copil delicat şi visător, exagerată de conştiinţa umilitoare a veleităţilor sale şi servilă de o logică destul de bună. — Ieu nu sînt un realist, am făcut, cu oarecare succes, exerciţii de cugetare realistă, ori ca să arăt realiştilor că poţ fi cel puţin pe atât de tare ca dânşii, — ori ca să ajung la ceva foarte frumos, ce lucea în depărtare.

Reflecţii făcute după o noapte de insomnie.

Duminică 22 Febr. 1915

Speranţa mea ie, ca până la toamna anului viitor (1916) să cuprind grosul massei de fapte (ştersătură) de care am nevoie pentru cursul meu; colecţia de planşe, care îmi ia atâta vreme, va fi alcătuită până atunci. Şi ideile mele generale până atunci se vor mai preciza şi vor câştiga în coheziune. Şi de atunci va putea începe cu adevărat lucrul înălţător. Oare va dispărea atunci teama pe care o am acum de a privi cerul înstelat? Ie ca abizul dealungul căruia mă plimb, căutând ceva foarte frumos, care să mă ţie în viaţă; iar desnădejdea reţinută împinsă în regiunea obscură a fiinţei mele, tot vrea să iasă la lumină şi să grăbească sfârşitul.

Biblioteca Centrală Universitară Iași

Stimulul extern pe care-l am (activitatea didactică) ie folositor, dar nu-i suficient. Mă preocupă gândul cum să-l măresc pe cel intern, căci nu sper în nimic venit dela alţi oameni.

Luni, 23 Feb. 1915.

Viaţa-i uşoară când o trăieşti ca un om care face parte dintr'o *breaslă*. Ie distrugător de greu s'o trăieşti ca *om în sine*. Numai când înlături cu hotărâre tradiţiile şi automatismul, vezi din ce ie alcătuită siguranţa din manifestările celorlalţi. O directivă hotărâtă, ieşită dintr'o (ştersătură) concepţie adâncă şi personală a lumii, — am găsit ieu lucrurile acestea la cineva?

Vineri, 27 Febr. 1915.

Trebuie să-i fac pe studenţii mei să simtă adânc, că viaţa speciei ie doar o parte, relativ mică, a vieţii de pe planeta noastră, că *ontogeneza ie o părticică din filogeneză.*

Lecţiunilor mele de anatomie generală le lipseşte vigoarea în întărţuirea noţiunilor. Partea arhitectonică ie rudimentară.

(Va urma)

Administrative

Tot mai des primim **corespondenţă nefrancată suficient**; de timbre de răspuns nici vorbă. Azi francarea corespondenţei merită a fi luată în serioasă considerare. Numai expedierea revistei şi costă astăzi o avere. Dar nu de acest ponderabil care trage greu la cântar, când se repetă, a fost vorba; ci de un imponderabil, pe care D-l D-r A. B. Dela Spitalul B. din P. nu l-a sezisat.

*

Revista se expediază cu întârziere, pentru-că hârtia se obţine cu greu şi tipărirea se face cu şi mai mare greutate. Până la ameliorarea situaţiei, cetitorii nu vor fi prejudiţiaţi. Vor primi până la sfârşit toate numerile; iar fie-care număr, bogat şi variat compus, dupe cum se vede, indiferent de data şi numărul de ordine ce poartă, va anticipa asupra evenimentelor medicale în curs, mergând până la zi.

Digitized by Central University Library Cluj

*

Revista trăind numai din abonamente, D. abonaţi sunt rugaţi **să trimeată abonamentul la timp şi cu anticipaţie**, pentru a face faţă cheltuelilor neprevăzute.

* * *

Primim **cereri de numere vechi**, cari nu ar fi fost primite la timp; uneori mai multe în şir. Satisfacem cererile în limita posibilă şi cu cele mai mari sacrificii, fiind obligaţi să descomplectăm tot atâtea colecţii. Expedierea făcându-se de aici cu cea mai mare atenţie, poşta locală va trebui controlată. Noi cerem a se specifica exact adresa; ca şi a ni se anunţa la timp schimbarea de domiciliu.

*

Majorările disproporţionate de preţuri la hârtie şi tipar din ultimele zile, ne silesc să solicităm. D. abonaţi să ne trimită **anticipat în contul abonamentului pe anul 1947 suma de lei 400.000**, întregind până la această cifră sumele expediate anterior.

Necrolog

Prof. D-r VINTILĂ CIOCÂLTEU
1890—1947

Profesorul D-r Vintilă Ciocâlteu, dela Facultatea de medicină din Bucureşti, a fost pe rând extern, intern, preşedinte al Societăţii Studenţilor în Medicină din Bucureşti, asistent în Clinica I medicală a Prof. Nanu-Muscel, specializat în Germania în chimia neorganică şi biologică, research Fellow al Facultăţii de medicină dela Universitatea Harward din Boston în Labor. Prof. Folin, la întoarcere şef de lucrări definitiv în aceiaşi clinică I medicală, conferenţiar, asistent de chimie clinică şi boli de nutriţie, din 1938 Profesor la catedra de chimie biologică şi medicală; în 1941, decan al Facult. de medicină din Bucureşti.

O trecere în revistă a numeroaselor sale lucrări ştiinţifice de specialitate se face în No. 1—2/947 al rev. „Spitalul", în care D-l Sandu Câmpean, preparator în laboratorul său dela facultate scrie cuvinte de admiraţie şi de pioasă amintire pentru savant şi om; iar pentru ce a dat în poezie şi poetul care a fost olteanul V. Ciocâlteu, a făcut menţiune în revista olteneasca „Ramuri", în care în 1932 s'a publicat primul său volum de versuri „Adânc împietrit", scriitorul C. D. Ionescu.

Regretăm pentru multe temeiuri dispariţia prematură, în plină desfăşurare ştiinţifică a colaboratorului la revistă, a coregionalului şi prietenului nostru. In No. 3—4/938 al revistei, cu ocazia numirei sale ca profesor la catedra de chimie biologică, din „Propunerea pentru chemare ca profesor titular" în locul predecesorului său Prof. Boivin care lucrează în prezent la Institutul Pasteur din Paris, al cărui contract de angajare încetase, am reprodus bogata sa activitate de ordin ştiinţific până la acea dată. Terminam astfel: prin numirea sa ca profesor s'a creiat D-lui D-r Ciocâlteu „posibilitatea oportună de lucru" dorită de prof. Folin din Boston cu care şi-a legat numele de reactivul fenolic definitiv pătruns în ştiinţă ca „Reactivul pentru dozarea fenolilor al lui Folin şi Ciocâlteu".

Profesorul de specialitate, olteanul dela Pleniţa, ar fi fost chemat să organizeze catedra similară dela Facultatea de medicină din Craiova. Soarta a vrut altfel, i-a refuzat această satisfacţie supremă. In schimb i-a acordat recunoaşterea deplină în timpul vieţei a meritelor sale.

M. C.

ceva frumos, dar crede-mă sunt într'o stare! Nu mai raţionez deloc, lucrez ca o maşină şi nu ştiu până când. De nicăeri nici o rază de speranţe. Barem dela ai mei să am vreun sprijin. Pe zi ce trece fumez mai mult . . . . . mea drage. Caut să mă abţin, dar simt că-mi lipseşte ceva. Totuşi voi încerca să-ţi îndeplinesc voinţa.

E $12^1/_2$ . . . . . Mă ierţi că nu mai continui. Cred că aş avea ce, dar pic de somn şi mâine mă scol la 5. Mă ierţi nu? . . . . . dece nu eşti cu mine să-mi dai curaj?

Am redat conţinutul scrisoarei unei studente dela facultatea de medicină din Bucureşti, adresată unei colege care, mai fericită, înscrisă la altă facultate locueşte în provincie; şi merge la Bucureşti numai la examene.

Anonimatul îi dă valoarea unui strigăt colectiv. Pentru aceasta o publicăm. Şi ca să subliniem opera de utilitate obştească care s'a făcut prin înfiinţarea Universităţii dela Craiova. Autoarea scrisoarei este o refugiată, primă victimă, şi o studentă cu mare aplecare către carte. Câţi şi câte studenţi şi studente nu se află în aceeaşi situaţie; pe lângă cei şi cele cari nu şi-au putut satisface chemarea, de 2 ori nenorociţi.

SUFLETUL MEDICILOR

Ne scrie D-l D-r C. Adameşteanu, un distins chirurg dela Spitalul din Tg.-Jiu:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ultimul număr, d-l D-r Cosma discută ca medic higienist de plasă, problemele aride ale medicinei în mediu rural. Argumentele sale susţinute într'un stil vivace sunt cele ale tuturor medicilor de circumscripţie, pe care noi toţi le cunoaştem şi apreciem ca fundate. O idee pe care am mai auzit-o acum 6—7 ani, mi-a părut interesantă, anume de a obliga pe toate fetele din mediul rural candidate la căsătorie, să capete o **diplomă de gospodină** prin asimilarea unor cunoştiinţe practice, în special în ce priveşte higiena casei, pregătirea mesei şi îngrijirea copiilor. **Mama nepregătită** este atât în Moldova cât şi în Oltenia, **cauza mortalităţii infantile şi a apariţiei, extinderii şi morţii în cazurile de multe boli contagioase.**

Colegul Cosma îşi sacrifică jumătate din articolul său într'o **peroraţie vehementă contra sufletului medicilor** cari au devenit, după părerea sa, adevăraţi exploatatori ai suferinţei umane. Medicii nu trebue să primească aceste afirmaţiuni cu un simplu zâmbet ironic. Cariera noastră a fost, este, şi va fi, una dintre cele mai grele; şi în ea intră, înafară de o vastă cultură, o dragoste de aproapele, care nu permite precupeţirea niciunei oboseli şi străduinţe disperate sub orice formă pentru salvarea bolnavului. Abnegaţia noastră este încercată la fiecare caz. Că şi **medicul trebue să trăiască**, cred că admite şi colegul Cosma; şi că nici dânsul nu cred că poate trăi cu 400.000 lei pe lună pe aceste vremuri, trebue să o admitem. **Ridicarea dreptului de liberă practică se potriveşte medicului de birou dar nu şi celui curativ** care, în momentul cu care ia ca tratament un bolnav, a stabilit deja între el şi

bolnav responsabilitatea de ordin penal şi civil, de care legile de funcţionar nu-l acopere.

În America, instituţiile de stat şi cele federative nu acopăr nici 10% din nevoile sanitare ale ţării; restul sunt lăsate pe seama **iniţiativei particulare**. Insăşi Facultăţile de Medicină sunt instituţii particulare. Nu se poate spune că medicina în America e o ruşine. În Franţa, statul prin instituţiile sale nu satisface decât medicina preventivă şi o infimă parte din cea curativă; în rest intervine iniţiativa particulară. In Anglia, planul Beveridge n'a fost acceptat decât 1/3 din medici.

Răspunsul îl dă în parte însu-şi D-l D-r Cosma, care plângându-se de cât a trebuit să plătească pentru extrasele articolului cu pricina şi pentru puginile în plus peste cele acordate obişnuit de revistă autorilor „se referă la salariul său, care este numai de 372.000 lunar, iar pe lângă aceasta nimic, dar absolut nimic".

Asemenea medici deci încă există; de devotamentul lor va depinde apărarea sănătăţii rurale. Nu sunt toţi, cum îi pretinde D-l D-r Cosma. După cum nici D-l D-r Adameşteanu nu trebue să vadă în toţi medicii nişte îngeri. Generalizările în rău sau bine nu se potrivesc. Tot binele pentru medicină, dar nu pentru toţi slujitorii cari oficiază în numele ei. Cu aceste rezerve trebue privită şi piesa „Siringa" a D-lui T. Arghezi.

CONCURSURILE MEDICALE

Concursurile constituesc cel mai echitabil mijloc de selecţionare, deşi nu şi cel mai sigur. La clasificare trebue să se dea importanţă covârşitoare probelor de titluri, activitate şi lucrări valabile, cari vor trece înaintea celor de memorizare, de şansă şi de umplutură.

Respectate în trecut, în ultimii ani însă concursurile nu s'au mai ţinut; n'au fost desfiinţate, ci numai amânate şi transformate, din cauze multiple. N'a eşit un rău din amânare, pentru-că candidaţii au continuat să se prepare. Profitul l'a tras şi serviciile pe cari în cea mai mare parte candidaţii le ocupau în mod provizoriu, stabilizându-se în urmă definitiv prin preferinţa care se acordă de regulă localilor înscăunaţi. Inafară de neregulele posibile şi de hatărurile inevitabile, transformarea concursurilor în **examene de clasificare** a prejudiciat cel mai grav pe candidaţii valoroşi. Se prepara unul îndelung timp pentru un loc, care nu se declara vacant ci continua să fie ocupat provizoriu; — sau se prelungea vacanţa până când un articol binecuvântat, precum articolul. 556 din legea Moldovan dela 1930, (şi altele mai strict personale pe timpul lui Sion) venea să definitiveze pe aflaţii în provizorat; — sau prin înfiinţarea examenelor de specialitate, ca cele cari se ţin în prezent la M-terul Sănătăţii, se urmăreşte mai mult calificarea decât clasificarea, căci pentru câteva amărâte de puncte diferenţă — cari şi ele se pot potrivi la timp, ca să asigure stabilitatea şi prin tablou, nu se mai turbură oamenii. Intre timp se plasează şi cei cu drepturi dupe tablou.

Aşa a fost mai înainte, de când instituirea de concursuri noui pentru locurile declarate vacante la timp n-a mai avut loc. Să sperăm

că de rândul acesta nu se vor mai petrece lucrurile la fel, mai cu seamă că pentru concurare pledează acum toată lumea, în frunte cu D-na D-r Fl. Bagdasar, care le-a hotărât ţinerea pentru cadrele M-terului Sănătăţii pe ziua de 21 Aprilie. Se pare că sunt câteva sute de înscrişi, din cauza neţinerii la timp a acestor examene sau concursuri cum li se zice, în care concurarea nu se face pentru anume locuri, ci pentru înscrierea mai sus pe tabloul de clasificare dupe care se va face în ordine ocuparea locurilor vacante.

Pentru moment, procedarea aceasta se impunea. In viitor este bine însă să se revină la concursul pe locurile vacante declarate la timp — cum opinează şi D-l Agregat D-r D. Paulian (Revista Asigurărilor Sociale din Oltenia No. 2-4/1946) pentru organizaţia sanitară; — şi D-l Prof. I. Teţu, care salută reluarea firului întrerupt al concursurilor pentru pregătirea tineretului studios; — precum şi D-l D-r Alex. Tocilescu, Secretar G-ral al M-terului Sănătăţii, care relevează în ţinerea concursurilor recente grija de a numi în posturile medicale elementele cele mai capabile; — iar marele nostru scriitor, D-l Tudor Arghezi, care s'a specializat în problemele medicale, într'una din faimoasele sale „Tablete" se ridică în contra medicilor cari ocupând provizoriu un loc au cerut în repetate rânduri amânarea concursurilor, pentru a-şi prelungi situaţiile. Acum şi le vor definitiva şi aceştia.

PROBLEMA MEDICAMENTULUI

Azi medicamentele constituesc o problemă dintre cele mai grave pentru sănătatea publică: se găsesc cu foarte mare greutate; unele aproape au dispărut de pe piaţă, fiind dosite; dar se capătă oricând pe sub mână; — ajunseseră la o scumpete fantastică încă de mult, pentru mulţi bolnavi azi au ajuns inabordabile; — sunt fără acţiune, unele sunt înlocuite, multe contrafăcute, altele falşificate.

Nu mai există niciun control. Acelaş medicament costă la altă farmacie de 2 ori pe atât. Se cumpără cu kilogramul unele, dar se debitează tot dupe gram (chiar talcul).

Laboratoarele vând de 3 ori mai scump (până eri, cât o fi azi) dar nu eliberează facturi respective farmaciilor. Acestea, la rându-le procedează la fel faţă de cumpărător, care de regulă este şi sărac nu numai bolnav. Aspirina nu mai înţeapă, chinina nu mai este amară, salicilatul a perdut gustul sălciu, sulfatul de sodiu nu mai purghează; insulina ne vine, ca din străinătate, falşificată; Solu-Salvarsanul îl fabricau până mai dăunăzi la hotelul Madrid din Calea Griviţei 2 medicinişti dela noi. Cota farmaciei este în creştere, farmaciile răsar peste tot, ca ciupercile. Mergem către farmacia, ca şi prăvălia, liberă. Cu drepturile de moştenire, dar s'a dus şi prestigiul farmaciei, faima farmacistului cu calotă de altădată o luase înainte.

D-l D-r I. Polovrăgeanu, director al înzestrării din Ministerul Sănătăţii, în cartea scrisă în colaborare despre **„Problemele fundamentale ale sănătăţii publice rurale din România"**, pe care o menţionăm la „Analize" propune pentru a se veni în ajutorul sănătăţii publice, asigurându-se populaţia cu medicamentele necesare:

1. Rezolvarea problemei importului. 2. Incurajarea iniţiativei particulare pentru începuturile de industrializare a medicamentelor în ţară. 3. Controlul riguros al tuturor medicamentelor, specialităţi indigene (mai ales, N. R.) şi străine. 4. Limitarea numărului farmaciilor în centrele mari, în raport cu nevoile populaţiei. 5. Incurajarea deschiderei farmaciilor în mediul rural. 6. Regulamente clare şi amănunţite pentru eliberarea medicamentelor cu cele mai severe măsuri contra prejudiciilor, ce s'ar aduce publicului şi împiedicarea tuturor abuzurilor.

Şi împedecarea tutulor abuzurilor. De către cine? de ce organe? organele de control de până acum având nevoe şi ele de control, pentru ca instituţia farmaciei să nu se compromită de tot, devenind dacă nu o „Instituţie de jaf public" — cum o socoteşte D-l Andrei Bart într'un cotidian din provincie, dar rămânând o instituţie care să continue a sta în slujba sănătăţii publice şi o auxiliară a medicinei — cum îi este menirea.

UN BREVIAR DE SĂNĂTATE

Aşa socotim că este broşurica intitulată **„Un mare câştig economic: o mai bună împărţire a timpului."** în care D-l D-r M. Suciu-Sibianu dela Braşov expune Conferinţa ce a ţinut în Aprilie 1946 la Institutul economic-social din acea localitate.

Ca să evităm pierderile de timp individuale, autorul recomandă *celebra formulă a lui Billroth cu cei 3 opt:* 8 ore de somn, 8 ore de lucru, 8 ore pentru corpul şi sufletul tău şi propune *un sever program de muncă.* Omul să se culce între 9—10 ore seara, şi să se scoale la 5 dimineaţa; să nu trândăvească în pat; — să elimine masa de seara (mai ales dela 40 ani în sus), ca să mănânce cu poftă de lup a doua zi, la 7 dimineaţa; să rămână la 2 mese pe zi, a doua luată cu câteva ore înainte de culcare, ca să şi doarmă bine: — cum dela o vârstă somnul este bifazic, până să readoarmă, orele de insomnie să le ocupe cu cetitul (antidotul cel mai bun ar fi biblia şi rugăciunea); — suprimând masa de seară, ne vom invita reciproc la masa de prânz; — să suprimăm somnul de după masă, şi, în loc, să ne expunem la soare; — să facem mai multă mişcare, în plin aer, mai ales dimineaţa, cu măcar o fugă de 3—5 minute în curtea cât de mică; — să cetim, studenţii să prepare examenele, plimbându-se cu cartea în mână, pe poteci de pădure, ca în antichitate; — să combatem lenea şi comoditatea; — să nu confundăm distracţia şi recreaţia. Să practicăm legea instinctelor curate (în ceea ce priveşte instinctul de reproducţiune, de nutriţiune, de proprietate şi dominaţiune); — legea respiraţiei şi a razelor ultraviolete; — legea digestiunei, legea deprinderilor tari. Să practicăm cel mai des singurătatea, în vreun colţ retras de natură.

In *Epilog,* autorul broşurei dă sfaturi pentru bolnavi, cu privire la respiraţie, mişcare multă în liber, culcatul şi sculatul de vreme, eliminarea cu totul a alcoolului şi tutunului, baia de curăţenie, mes-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

tecarea bine a alimentelor, rugăciunea de fiecare zi. Şi pentru elevi şi pentru studenţi, sfaturi în ce priveşte fumatul, alcoolul, viaţa sexuală, dinţii, ochii, nasul, gâtul, urechile, respiraţia.

Toate aceste prea folositoare şi bine cunoscute precepte, toţi le ştim, dar nu le practicăm. Autorul le practică personal, de aci puterea de convingere cu care le recomandă. Chiar dacă nu de toate dar fie-care avem nevoie de unele. Pentru un început de educare a voinţei, trebue întradevăr însă să nu pornim cu toate deodată. Nu numai decât pentru a ne pune în armonie cu D-zeu şi legile lui, sau să avem în vedere binele patriei — scopuri supreme, dar pentru realizări mai imediate între cari sănătatea de toate zilele şi mulţumirea de sine, „le bonheur qui est là", colea, în noi.

Broşurica aceasta, cu toate cusururile de formă cari i se pot găsi, dar pentru fondul sănătos merită a fi cetită. Şi, mai ales, recitită. La intervale. Ca să ne amintim de sfaturile ei, măcar de unele.

EPIDEMIA DE TIFOS EXANTEMATIC DIN CAPITALĂ

Din 326 cazuri de tifos exantematic cari au fost constatate în anul 1946, în Capitală; epidemia din anul acesta s'a ridicat numai în primele 3 luni la peste 900 cazuri; în marea epidemie din 1945, se înregistraseră 3641. Mortalitate în 1945, a fost la început de 7%, la sfârşit de 11%; anul acesta, mortalitatea a început cu 11 şi tinde spre 20%.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru jugularea epidemiei s'a recurs la depistarea şi izolarea bolnavilor, s'a crescut capacitatea de primire a paturilor existente, s'a creat un nou spital de contagioşi într'o aripă a spitalului de boli venerice dela Berceni; s'a înmulţit mijloacele de transportare a bolnavilor, s'a procedat la deparazitarea centrelor aglomerate (precum gara de nord); a lagărelor speciale pentru vagabonzi şi cerşetori (precum azilul de noapte); a cinematografelor, vehiculelor, taximetrelor de piaţă; locuinţelor contaminate, s'au înfiinţat echipe mobile şi posturi fixe de deparazitare cu *praful insecticid D. D. T.*, sub diversele nume: *Neocid* elveţian, *Rotoxal* suedez şi *Nitroxam* românesc; s'au confecţionat cearşafuri de hârtie pentru bolnavi; s'au închis şcoalele la un moment dat; a fost sfătuită populaţia să se abţină dela tramvae şi frecuentarea localurilor de spectacole.

Prin măsurile luate, prin devotamentul personalului medical, auxiliar sanitar şi benevol, epidemia a intrat în descreştere — contribuind în cea mai largă măsură deparazitarea cu praful D. D. T., şi desigur şi sosirea primăverei. De relevat alarma dată prin ziare, cari au ţinut tot timpul atenţia populaţiei trează asupra precauţiunilor individuale de luat, unele făcând anchete la faţa locului.

A favorizat isbucnirea şi întinderea epidemiei condiţiile nenorocite create prin aglomerarea populaţiei, lipsă de locuinţe, frigul, lipsa de săpun şi localuri de băi publice, lipsa mijloacelor de transport şi de izolare. Intre precauţiunile de luat în viitor vor avea precădere

aprovizionarea din timp cu cantităţi suficiente de praf D. D. T., mijloc suveran de jugulare rapidă a epidemiei; — precum şi afişarea largă, din vreme, în public a măsurilor de prevenţie prin afişe mari, de tipul celor cari au fost de cel mai mare folos în epidemia din Oltenia din 1943 în timpul războiului, întocmite de răp. Insp. G-ral sanitar D-r N. Cădere, care avea să cadă victimă la datorie în combaterea epidemiei din Moldova din 1945. Sfaturile sunt pregnante, impresionează şi prin cerneala roşie cu care erau alternate. Ele angajau la lupta contra păduchilor direct pe cei ameninţaţi, populaţia.

„Modelul de afiş D-r N. Cădere" va perpetua memoria prototipului de Inspector General sanitar care a fost cel căzut la datorie în timp de pace în lupta pentru apărarea sănătăţii publice. Şi va servi ca exemplu. El nu da numai ordine, lua parte la execuţie, pe teren.

DIVERSE

In *şcolaritate şi anotimpuri*, d-l Iosif I. Gabrea, Profesor la Universitatea din Bucureşti, arată pentru şcoala secundară cum şi cât s'au scăzut zilele de şcolaritate efectivă în avantajul vacanţelor crescute; al împuţinării şi scurtării orelor de studiu dintr'o zi; al timpului acordat defilărilor, paradelor, serbărilor, comemorărilor, educaţiei fizice ş. a. Anul s'a scurtat dela capete, începe târziu şi se termină de vreme, la mijloc s'a subţiat. Propune pentru ca şcolaritatea să nu mai fie „grăbită", anume măsuri, între care: mai multă libertate inspectorilor şi directorilor de şcoli în fixarea şcolarităţii şi vacanţelor, după împrejurările locale, respectându-se numărul minim de zile de şcolaritate efectivă decât începerea şi încheerea activităţii în aceiaşi zi la toate şcoalele din ţară — să-şi organizeze, adică, fiecare şcoală o şcolaritate minimă, fixată după împrejurările locale, iar plusul să constitue prilej de distincţii între directori şi şcoale; — să nu se ştirbească nicio zi din lunile Sept., Oct. şi N-brie, timpul cel mai favorabil pentru activitate şcolară în ţara aceasta (climat, alimentaţie, dispoziţie sufletească); — să se organizeze o vacanţă de iarnă, cel puţin tranzitoriu, din cauza dificultăţilor de moment provocate de criza combustibilului, a mijloacelor de comunicaţie, a îmbrăcămintei, alimentaţii, epidemiilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste observaţii şi măsuri judicioase propuse pentru şcoalele secundare, de caracter local şi mai puţin regional, sunt de luat în considerare şi pentru Universităţi, pentru cari condiţiile de funcţionare sunt mai agravante în timpurile de faţă.

Facultatea de medicină din Timişoara a început să funcţioneze acum 2 ani în luna lunie. Cu anumite racomodări locale ar putea să imite exemplul şi noua Facultate de medicină înfiinţată la Craiova, pentru anumite discipline; amânându-se la toamnă începerea disecţiilor, pentru cari se cere timp temperat şi amenajeri speciale

* * *

Cifre dureroase. Asupra mişcării populaţiei Municipiului Iaşi, pe luna Februarie a. c., scrie d-l Gr. Graur: născuţi 111, născuţi

morţi 6, căsătoriţi 77, divorţaţi 21, decedaţi 329. Cifrele sunt luate dintr'un jurnal dela Iaşi. Se întreabă de ce atâta disproporţie între nascuţi 111 şi morţi 335 (329+6); căror cauze se datoreşte acest „excedent natural negativ", deficit care pentru oraşele din Moldova a fost soldat în 1945 la 6,8 pentru mia de locuitori; natalitatea fiind cam ca înainte de războiu, numai mortalitatea excesivă a depăşit orice proporţie, independent de cifra populaţiei la care datele trebuesc raportate, autorul se întreabă dacă n'a bântuit la Iaşi vreo epidemie pustiitoare sau n'a murit atâta lume de foame şi frig şi, de ce atâtea divorţuri.

In faţa acestor dureroase cifre se ridică opera socială şi naţională pe care, în mijlocul a greutăţi şi lipsuri de tot felul, o întreprinde în Moldova M-terul Sănătăţii, la început prin **Caravanele sanitare** şi în prezent prin participarea activă la **Opera naţională de ajutorare a regiunilor înfometate.** Nu avem încă totalizate cifrele de materiale, cari s'au distribuit şi de populaţie, căreia i s'au adresat; nici cifrele de colectare dinăuntru şi ajutorare din afară.

Relevăm numai efortul întreprins, la baza căruia stau medicul oficial şi rural, pe devotamentul şi priceperea cărora se va sprijini redresarea noastră sanitară.

* * *

Inaugurarea cursului de criminologie la Inst. medico-legal „Prof. D-r Mina Minovici" din Bucureşti, pe care l-am anunţat în **cronica trecută** a avut loc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ziua de 5 Martie, d-l Prof. D-r Th. Vasiliu, directorul Institutului medico-legal „Prof. D-r Mina Minovici", a inaugurat în cadrul medicinei legale în prezenţa d-lui Prim-Procuror al Trib. Ilfov şi în faţa unui public format din medici, magistraţi, avocaţi şi studenţii anului VI de medicină, un curs de *Criminologie (Biopatologie socială)*, subliniind importanţa acestei doctrine ştiinţifice şi în special aportul pe care medicina trebue să-l aducă unei cât mai obiective cunoaşteri a adevărului juridic. Este timpul — a subliniat d-sa — de a părăsi cadrul speculaţiunilor metafizice pentru a ne angaja într'un domeniu de realizări practice ca acela al luptei contra crimei, în care cunoaşterea medicală, antropologică, biologică, sociologică a infractorului trebue să constitue una din condiţiunile esenţiale în terapeutica şi profilaxia monstruozităţilor antisociale. Cu predarea acestui curs care va avea loc în fiecare Miercuri, recomandând elogios pe d-l D-r I. Stănescu, şef de lucrări la Facult. de medicină. D-l Prof. Vasiliu, titular al Catedrei de Medicină Legală, a accentuat că el trebue să intereseze nu numai pe student, ci şi pe marele public pasionat de rezolvarea cât mai grabnică a problemelor criminologice.

D-l D-r I. Stănescu, în *Introducere la studiul criminologiei*, consideră crima ca pe un fenomen complex de biopatologie socială. Doctrina criminologică privind crima, persoana şi personalitatea criminalului infractorului, ni se prezintă ca una din ştiinţele medico--juridico-sociale din cele mai importante.

Necesitatea unui învăţământ care să studieze crima, sub diferitele şi extrem de variatele ei aspecte patologice, este impusă nu numai lumii medicale, care vrea să facă din cei cu manifestaţiune morbidă, operă terapeutică ci şi lumii juridice şi moralei însăşi. Institutului medico-legal îi incumbă sarcina de a depăşi cadrul actual al morgii — a subliniat conferenţiarul — de a prezenta în datele moderne studiul criminologic, de a identifica pe cale medicală pe omul bolnav, pe omul infractor, pe omul criminal, întrucât *crima*, sub variatele ei aspecte clinice este în majoritatea cazurilor, o *maladie medico-socială*, nu o simplă problemă juridică sau penală.

Materia de biopatologie socială, pe care o va trata, depăşeşte cadrele medicinei şi se integrează în multe discipline, sociologia în primul rând. Introducerea acestui curs marchează o nouă etapă a medicinei sociale, o eşire din vechile tipare ale învăţământului la noi, o depăşire a rolului de până acum al instituţiunilor noastre culturale şi sociale.

* * *

In *Invăţământul medical şi viitorii medici*, d-l D-r Vasile Tucheţ, între alte sugestii ce face pentru fixarea medicilor la ţară prin mijloace de convingere nu de constrângere, propune:

Incurajarea studenţilor lipsiţi de mijloace (şi aceştia formează marea masă a studenţilor în medicină) prin burse, întreţinere şi cursuri complect gratuite, în schimbul unui angajament de a servi ca medic la ţară un număr egal de ani cu acela al studiilor universitare.

Complectăm această primă sugestie cu propunerea de a se conferi acestor înlesniri, în anumite cazuri, şi tocmai pentru a atenua duritatea angajamentului contractat (benevol, dar luat de nevoe), caracterul de împrumuturi pe onoare, pe cari să le restitue mai târziu, când vor fi în stare. Se va favoriza astfel elementul moral educativ, şi se va lega viitorul profesionist de confraternitatea spirituală a Universităţii sale. Ca în America.

* * *

In *„Medicii exilaţi" la sate*, d-l D-r M. Vântu, enumără cauzele economice, sociale şi profesionale, cari împiedică pe medici să se exileze la ţară. Cere ca problema să fie rezolvată în totalitate, satisfăcându-se toate condiţiile: nu numai de salarizare, locuinţă, mijloacele de transport, excesul de atribuţiuni cari îl copleşesc; dar să i se dea dreptul de a încasa anumite taxe oficiale (de-a-dreptul, nu pe ocolite), şi de a face clientelă particulară, — cari satisfăcute, medicul nu se va mai considera ca „exilat" la ţară.

Dar acest „exil" medicul rural îl acceptă benevol; nimeni nu l-a silit; deci, să-l accepte şi să se silească a-şi face datoria; să privească tragicul (căci este tragică situaţia lui) situaţiei în faţă şi să-i facă faţă; nu să se gândească numai decât să se mute, să peregrineze în altă circumscripţie şi să facă treaba de mântuială;

să-şi organizeze mijloacele de locuinţă şi de transport; să înceapă de a doua zi, în acord cu autorităţile locale de cari nu se poate lipsi, şi cum bietul medic rural nu are autoritate, să-şi desvolte organele de „tact" ale simţului de procedare.

Dacă există o criză cantitativă de lipsă de medici rurali, dar cea calitativă este şi mai gravă. Pe aceasta incumbă organelor de resort să o rezolve cu precădere. Să se formeze cu un ceas mai de vreme tipul noului medic rural, din anii de şcolaritate; cu pregătire complectă, adequată îndatoririlor lui, care îi va da încrederea în sine şi-i va creşte autoritatea faţă de alţii; cu mentalitate nouă, de obligaţie către colectivitate, cea ce nu are de a face cu apostolatul şi nici cu jelania. Mai greu să înveţi calul bătrân sau cu năravuri în buestru — reflecţia priveşte şi pe dresori, adică organele de învăţământ; cât şi colectivitatea, care prin organele M-sterului Sănătăţii publice şi toate celelalte interesate în cauza comună are datoria să asigure funcţionarea în condiţiuni bune a serviciilor respective şi a funcţionarilor săi aflaţi în „serviciu comandat". Dar problema este complicată, leagă pe comandant de comandat, de concepţiile în baza cărora se comandă şi de organele intermediare de control.

La împrejurări noui instituţii noui şi în ele oameni noui — repet mereu.

* * *

La Ministerul Sănătăţii se pregăteşte *modificarea sistemului de alimentaţie* de până acum *al bolnavilor în spitale*, înlocuindu-se alocaţia de hrană cu raţie de hrană.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Raţie nu alocaţie, cerea de anul trecut şi D-l D-r Milota pentru copii. De adulţi nu s'a ocupat nimeni, ei având de unde să peardă.

Modificarea se impunea de mult. Nici când bugetele erau stabile şi preţurile nu fluctuau dela o zi la alta, ca azi, bolnavii nu erau suficient alimentaţi. Cu 7500 lei pentru un copil, şi 6200 lei pe zi pentru un adult, — la cât s'a urcat alocaţia dela 1 Aprilie — nu se poate trăi, drept nici muri, chiar dacă toată ar merge la destinaţie. La calculare va trebui să se ţină seamă de labilitatea acestui număr de calorii, variabil dupe ad-ţie, şi să se procedă în consecinţă, prescriindu-se un plus la raţie.*)

*

Legea sanitară se modifică. Asupra câtorva din modificările propuse şi greşelilor de redactare (proectul a fost depus în parlament) inzistă în câteva articole succesive, publicate în „Adevărul", D-l D-r Gr. Graur.

Libera practică a medicinei nu se va acorda după sfârşitul studiilor până când *medicul stagiar* nu va face *un stagiu de 2 ani în mediul rural*. Ca salarizare, va primi o *indemnizaţie de activitate* sta-

*) La data încheerii numărului alocaţia crescuse la 10.000 lei, din care să se plătească taxele, vre-o 4000 lei.

bilită prin Jurnal al Cons. de Miniştri. Pentru internii cu concurs, obligaţia stagiului începe dela data terminării stag. legat de internat (chiar dacă n'a terminat anii de şcolaritate şi nu şi-a trecut teza?).

Stagiul rural va include şi stagiul militar. Acest *stagiu militar* îl vor presta după norme stabilite de M-terul Sănătăţii în colaborare cu M-terul de războiu. Se stabileşte cum va fi *verificată activitatea stagiarilor*, „Memoriul, ce vor depune aceştia, cuprinzând pe lângă activitatea desfăşurată în diversele ramuri ale medicinei şi noţiuni de întrebuinţarea serviciului sanitar în campanie", ceea ce, pe drept cuvânt, constitue o nepotrivire, ca şi atribuţiile acelei comisiuni de examinare care îl declară pe stagiar *ofiţer de rezervă*.

Legea mai adaogă la cei 2 secretari generali, 2 *consilieri tehnici superiori*, administrativ şi financiar; creiază o nouă categorie de interni, *internii de higienă şi sănătate*, cari se numesc pe 5 ani, şi la absolvire vor fi obligaţi să facă serviciu timp de 5 ani pentru M-terul Sănătăţii; tot timpul ei fiind puşi sub conducerea Institutelor de Higienă.

Autorul, care discută strâns fondul şi forma noilor modificări, relevă greşelile de tecnică legislativă ale redactării proectului care creiază numeroase confuziii şi încălcări de atribuţiuni; şi pentru-că ele au scăpat şi Consiliului legislativ care şi-a dat avizul favorabil, propune retragerea proectului din Cameră, ca să fie refăcut.

CĂRŢI NOUĂ

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Semnalăm în acest cadru monografia „Boalele şi sindromele aparatului hemo-reticulo-endotelial", a D-lui Prof. Titu Vasiliu dela Cluj care, publicând în a III-a ediţie Manualul de Anatomie patologică clinică în cursul anul 1946, a editat şi separat acest important capital al boalelor sângelui, pentru revizuirea completă ce a impus vechiului material pe care l-a adaptat şi completat cu cunoştinţele noui din ultimii ani.

Boalele sângelui interesează în gradul cel mai înalt pe orice medic, de orice specialitate. Nu numai diagnosticul îl facilitează, dar tratamentul îl influenţează pentru orice boală sângele cu aparatul său reticulo-endotelial.

Caracterul clinic pe baza anatomo-patologică ce autorul a imprimat întregului studiu îl recomandă cu precădere praţicianului.

Vom reveni la intervale asupra acestei monografii de ansamblu pentru a pune în evidenţă elementele cari interesează întreaga patologie, şi a desprinde noţiunile la cari autorul a adus o contribuţie reală personală.

Pentru procurarea cărţii, pe care o recomandăm în modul cel mai insistent, amatorii se vor adresa direct autorului care este Directorul Institutului de Anatomie patologică al Facultăţii de Medicină din Cluj.

INTOXICAȚIE ALIMENTARĂ PRIN SEMINȚE DE CÂNEPĂ

Există obiceiul, cel puțin în Oltenia, ca înainte de Crăciun oamenii să mănânce laptele boului, care se prepară din semânțe de cânepă. Fiertura se pregătește astfel: se fierbe un pumn doi de semânțe de cânepă, până plesnesc și se desface miezul ca o floare; se culege masa albă și se pisează până se face cocă; se fierbe în apă până rezultă ca un fel de lapte, care se strecoară; se pune ceva făină și puțină sare; se mănâncă cu pâine.

Soții Alexandrina și Gh. M., din comuna Trocheşti (Dolj), au mâncat cam mult din acest *Laptele boului*, o strachină plină de fiecare. Cam după 2 ore, femeia a avut leșinuri, amețeli și amorțeli, nu mai putea înghiți (un cocoloș s'a oprit în gât și a trebuit să-l scoată cu mâna); soțul a vărsat; amândoi au luat câte un purgativ; — fenomenele cu râgăeli, balonări, gaze, inapetență, uscăciune în gât, săturare rapidă, au durat timp de o săptămână, după care s'au amendat, dar n'au dispărut complect, căci după 3 luni (la 1 Aprilie a. c., când au fost examinați), încă prezentau fenomene de deranjament gastro-intestinal, însoțite de o stare generală nervoasă, de astenie fizică și psichică, de oboseală, epuizare grabnică, inaptitudine la lucru (bărbatul stă toată ziua, nu face nimic, cu toate că era om activ).

Fenomenele s'au datorat principiilor active din semințele de cânepă (cannabis indica), cari furnizează elementul principal al hașișului și conțin un alcoloid tetanisant în care indienii își muiau vârful săgeților cu cari vânau pasări și animale.

In doze uzuale și cu produse normale nu se produc fenomene de toxicitate; de rândul acesta oamenii au mâncat foarte mult (o acțiune, euforică, la început s'a manifestat sub forma unui apetit crescut care i-a îndemnat la mâncare); laptele avusese un gust amărui, datorat semințelor pălite din cauza secetei și deci concentrării crescute a conținutului în principiile active cari au determinat fenomenele de intoxicație; ei pretind că l-au și îngroșat prea mult cu făină.

De notat între simptomele de debut tetanizarea faringelui, care a împedicat deglutițiunea. In cele tardive, prelungirea simptomelor de epuizare mușculară și nervoasă, și persistența turburărilor secretorii și motorii digestive — cași cum echilibrul neuro-vegetativ odată turburat nu-și mai putea reveni la normal. Aceste fenomene de ordin vegetativ s'au manifestat și la pacientul intoxicat cu boabe de recin, relatat acum câțiva ani, căruia accesele de angor pectoris spasmodic cu orar fix i-au durat ani de zile și bolnavul s'a epuizat prin anxietate, insomnie și denutriție.

A contribuit la accentuarea stării morbide la bolnavii de față și necunoașterea boalei lor, care a fost luată ca o stare nervoasă banală și tratată în consecință.

M. CANCIULESCU