ANUL XX-lea, No. 5-6-7 Mai-Iulie 1947

ACTA MEDICA ROMANA

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE
MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COMITET DE DIRECŢIE ŞTIINŢIFICĂ:

C. ANGELESCU
Preşedinte al Academiei de Medicină şi al Academiei de Ştiinţe din România

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

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

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

V. GOMOIU
Preşedinte al Soc. intern. de Istoria Medicinei. Membru al Acad. Nacional de Medecina din Madrid şi al Royal Society of Medicine din Londra.

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

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

ST. NICOLAU
Membru al Academiei de Medicină din România

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

DIRECTOR:
M. CANCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

Pag.

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CANCIULESCU: **Contribuţiune la reforma învăţământului medical în România. — Un tren al morţii. — Competinţa de bolnav** . 331—344
— Varia . . . . . 463—468

REVISTA GENERALA

V. GOMOIU: **Problema nutriţiei.** 345

LUCRĂRI ORIGINALE

GH. ALEXIU: **Consideraţiuni patogenice asupra tuberculozei evolutive la bătrâni.** 365

M. MUNTEANU şi N. FRANDIN: **Consideraţiuni asupra icterului la sifilitici (Partea II)** 374

N. I. ZAHARIA: **Contribuţie la studiul vitezei de sedimentare a hematiilor în cursul pneumoniei lobare acute.** . . 393

CAZURI ANATOMO-CLINICE

Chirurgicale

DATE STATISTICE — NOTE

IOAN BEJAN şi MLADIN TRAIAN: **Consideraţiuni asupra abcesului subfrenic în legătură cu un caz.** 400

C. MIRCIOIU şi EUG. COSMA: **Consideraţiuni asupra ocluziei intestinale de origine apendiculară** 408

(Urmare pag. 2 cop.)

11339 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

F. CRĂCIUN: **Kist branchial latero-cervical (operat-vindecat).** 415

FENEŞANU I. şi ARCAN V.: **Flegmaţia alba dolens cu localizări multiple. — Flebita migrans.** 417

LUPESCU TITU: **Asupra a trei cazuri de laringite flegmonoase.** 420

ALEXE SCURTU şi VICTORIA BENCHEA: **Asupra unui caz de abces pararenal la sugar.** 422

Medicale

M. CANCIULESCU şi MARIUS PARASCHIVESCU: **Papatacci, noma, gangrenă intestinală şi vulvară. Azotemie cu cloropenie. Penicilină.** 426

V. COSTEA: **Prin ce mijloace am putea lupta împotriva sifilisului în situaţia de acum?** 431

GH. AL. DOBRESCU şi GHEORGHE GHELASE: **Consideraţiuni asupra epidemii de tifus exantematic din anii 1944—1946 din judeţul Ialomiţa.** 438

M. PARASCHIV: **Tratamentul cu penicilină al unui caz de cărbune pulmonar.** 440

AUREL PUŞCARIU, POPESCU ILARIE şi CUŢU AUREL: **Intradermoreacţia Mantoux în mediul şcolar primar şi secundar din Tg.-Jiu.** 422

ROHAN NICOLAE: **Consideraţiuni asupra unui caz cu sindromul lui Klippel.** 444

A. T. VIŞAN: **Elefantiazis al penisului şi al scrotului de natura limfogranulomatoasă.** 447

BOTANICĂ MEDICALĂ

N. IGNA: **Floarea patimilor. (Passiflora incarnata, caerulea, aedulis etc).** 450

NECROLOG

Doc. D-r. D. I. VASILIU: **Un prieten al României Prof. D-r Eliseo Segura-Argentina a murit.** 453

MIŞCAREA MEDICALA IN PROVINCIE

Zilele medicale. — Soc. de Dermato-Sifiligrafie, Secţia Braşov, de D-r EMIL BOLOGA 455

Bul. Soc. Române de Oftalmologie, Secţia Timişoara, de Prof. D-r N. BLATI 458

Pagini Medicale din Bârlad, de M. C. 460

Bull. de la Soc. R. de Neurologie-Psychiatrie de Iassy, de M. C. 461

CORESPONDENŢA

Intâmpinările d-lor Medic G-rai D-r N. IGNA din Alba-Iulie, Prof. D-r EMIL CRĂCIUN din Bucureşti şi D-r G. BUNGEŢEANU dela Roma 426

■

Colaboratorii... pag. 329. — **Din sumarele viitoare...** pag. 330 şi cop. III. — **Cărţi primite la redacţie...** pag. 399. — **Condiţii de publicare şi abonament...** cop. IV. — **Errata... pag. 452.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANUL al XX-lea

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

Nr. 5-7/1947

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE
MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂŢI

D-nii: Prof. G. BANU (Buc.), Prof. V. BOLOGA (Cluj), Prof. D. COMBIESCU (Buc.), Prof. E. CRĂCIUN (Buc.), Prof. I. DANIELLO (Cluj), 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), Prof. 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), Prof. AL. CRĂINICEANU (Cluj), 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),

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din „SUMARUL" No. URMĂTOARE *)

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. SĂRĂCĂCIANU, H. POPESCU: Tg. Jiu: O nouă epidemie, febră de 3 zile (Pappatacci).

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.

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

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

N. ZAHARIA (Fălticeni): Sifilide purpurice.

C. DUMITRESCU: Tratamentul emboliei pulmonare.

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.

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

C. V. ANTONESCU: Clasificarea sincopelor cardiace pe baze noi.

K. HIMELBRAND: Tratamentul chirurgical al paraliziei faciale periferice prin rezecţia primului ganglion simpatic cervical.

A. PĂUNESCU-PODEANU, I. TUBAI, I. COTĂESCU: O formă particulară de edem al membrelor inferioare. — Odemul deciv ortostatic prin insuficienţă venoasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

A. PĂUNESCU-PODEANU: Fenomenul allergiei în patologia hepatică.

A. PĂUNESCU-PODEANU, TH. TEODOREANU, I. LUŢESCU: Sulfamidele în tratamentul zonei Zoster.

I. RADVAN: Paludisme et metabolisme protidique.

S. IRIMESCU: Tragedia intelectualilor. — Din dramele vieţei şi ale boalelor. — Orizonturi turbure şi zări luminoase.

AL. SCURTU, T. CAPEŢIANU şi I. ROŞIANU. Meningita abacteriană limfocitară în maladia lui Heine-Medin.

C. MIHĂILESCU: Infecţiunea tuberc. în mediul civil şi militar.

V. GOMOIU şi VIORICA GOMOIU: A propos de tratamentul syndactiliei.

M. CANCIULESCU et I. ITELSON: Sur un cas de fièvre recurente avec ictère grave.

GH. PANAITESCU şi V. MUNTEANU: Cons. clinice asupra cazurilor de febră recurentă internate în Spit. „Regina Elisabeta" în anul 1945—1946.

MARIA PUŞCARIU: Eliminarea sulfului administrat prin piele.

A. BOJIŢA, P. PAUL şi L. BEJAN: Un caz de diverticul al lui Meckel în sacul unei hernii.

(Urmare cop. III)

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

CRONICA MEDICALĂ

In cronica de faţă prezentăm programul de învăţământ în Facultatea de Medicină din Tg.-Mureş şi al Facultăţii de Medicină din Roma. Şi vom face propuneri pentru organizarea învăţământului medical în noua Facultate de Medicină înfiinţată la Craiova.

FACULTATEA DE MEDICINA DIN TG.-MURES

La solicitarea noastră Decanatul Facultăţii de Medicină din Tg.-Mureş a bine-voit să ne comunice cele ce urmează, scoase din Regulamentul de funcţionare a Facultăţii:

§. 19. La *Facultatea de medicină din Tg. Mureş*, pendinte de Universitatea Bolyai din Cluj, pentru validitarea anilor de studii e obligatorie frecuentarea următoarelor cursuri şi lucrări practice, stagii şi trecerea la examene de fine de an.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Anul I.

	N-rul orelor săptămânal		
Cursuri:			
Fizica medicală	3		
Chimie medicală	5		
Anatomie descriptivă	5		
Biologie generală	2		
Histologie şi embriologie	2	17	
Lucrări practice:			
Chimie	6		
Anatomie	10	16	total 33

Examene obligatorii la finele anului I.

Fizica medicală
Chimia medicală
Anatomie descriptivă (partea 1)
Biologie generală

Anul II.

Cursuri:		
Anatomie descriptivă şi topografică	3	
Histologie şi embriologie	4	
Fiziologie	5	
Biochimie	3	15

Lucrări practice:

Anatomie	10		
Histologie	4		
Fiziologie	6		
Biochime	4	24	total 39

Examene obligatorii la finele anului II.

Anatomia descriptivă şi topografică
Histologie şi embriologie
Fiziologie
Biochimie

Anul III.

Cursuri:

Anatomie patologică	5	
Patologie generală şi experimentală	3	
Bacteriologie, parazitologie şi studiul virusurilor	3	
Semiologie medicală	3	
Semiologie chirurgicală şi mica chirurgie	2	16

Lucrări practice:

Anatomie patologică	5		
Patologie generală şi experimentală	2		
Bacteriologie	2		
Semiologie medicală	4		
Ambulanţa chirurgicală (înainte de masă)	2	15	total 31

Examene obligatorii la finele anului III.

Anatomie patologică
Patologie generală şi experimentală
Bacteriologie, parazitologie şi studiul virusurilor
Semiologia medicală

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Anul IV.

Cursuri:

Farmacologie	3	
Clinica medicală	5	
Clinica chirurgicală	4	
Radiologie	2	
Clinica oftalmologică	2	
Clinica oto-rino-laringologică	2	
Medicina operatorie	1	
Clinica de boli infecţioase	1	20

Lucrări practice:

Clinica medicală — după masă: (demonstraţii la patul bolnavilor)	4	
Clinica chirurgicală (demonstraţii la ambulanţa chirurgicală, înainte de masă)	2	numai în anul şcolar 1947/48
Radiologie	2	
Secţia de boli infecţioase	1	
Clinica oftalmologică	2	11

Stagiu de spital: Pentru frecventarea stagiului, decanatul va repartiza pe studenţi, în ordinea înscrierilor, în 6 serii. Fiecare serie va face de cinci ori săptămânal 2 ore de stagiu, înainte de masă şi anume:

2 luni la clinica medicală		
1 lună la clinica chirurgicală		
1 lună la clinica oftalmologică		
1 lună la clinica oto-rino-laringologică		
1 lună la secţia de boli infecţioase	—	10
	total	40

Stagiul nu se va trece în caietul de cursuri, absolvirea lui se va verifica lunar în carnetul de stagiu.

Examene obligatorii la finele anului IV.

Farmacologie
Clinica oftalmologică
Clinica oto-rino-laringologică
Radiologie

Anul V.

Cursuri:

Igiena	3	
Clinica medicală	5	
Clinica chirurgicală	4	
Clinica obstetricală şi ginecologică	4	
Clinica dermatologică şi de boli venerice	3	
Clinica stomatologică	2	
Ftiziologie	1	
Urologie	1	23

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lucrări practice:

Igiena	4	(seria 2)
Clinica medicală (demonstraţii la patul bolnavilor, exerciţii de anamneză, compunerea foilor de observaţii, după masă	4	
Clinica obstetricală şi ginecologică (obligatorie asistarea la 2 naşteri)	1	
Clinica dermatologică şi de boli venerice	1	
Clinica de boli pulmonare (ftiziologie)	1	
Urologie	1	12

Stagiu de spital: Pentru frecventarea stagiului, decanatul va repartiza pe studenţi, în ordinea înscrierilor în 6 serii. Fiecare serie de patru ori săptămânal va face 2 ore de stagiu înainte de masă şi anume:

2 luni la clinica obstetricală şi ginecologică		
1 lună la clinica medicală		
1 lună la clinica chirurgicală		
1 lună la clinica dermatologică şi de boli venerice		
1 lună la clinica stomatologică	8	
		total 43

Stagiul nu se va trece în caietul de studii (cursuri) absolvirea lui se va verifica lunar în carnetul de stagiu.

Examene obligatorii la finele anului V.

Igiena
Clinica obstetricală şi ginecologică
Clinica dermatologică şi de boli venerice
Clinica stomatologică.

Anul VI.

Cursuri:	N-rul orelor săptămânal	
Medicina legală	2	
Clinica infantilă	3	
Clinica neurologică şi psihiatrică	3	
Clinica neuro-chirurgicală	1	9
Lucrări practice:		
Medicina legală	2	
Clinica infantilă	2	4

Stagiu de spital: pentru frecventarea stagiului decanatul va repartiza pe studenţi în 6 serii. în ordinea înscrierilor. Fiecare serie de şase ori săptămânal (înainte şi după masă) va face 4 ore de stagiu şi anume:

2 luni la clinica medicală	
1 lună la clinica chirurgicală	
2 luni la clinica infantilă	
1 lună la clinica neurologică şi psihiatrică	24
	total 37

Stagiul, nu se va trece în caietul de cursuri, absolvirea lui se va (trece) verifica lunar în carnetul de stagiu.

Examene obligatorii:

In cursul anului VI, după terminarea stagiilor prescrise, la clinicile respective, studenţii se pot prezenta din următoarele obiecte de studii, la examene:

Clinica medicală (inclusiv Ftiziologie şi boli infecţioase)
Clinica chirurgicală (inclusiv ortopedie şi urologie)

După încheierea cursurilor, studenţii se pot prezenta la examene din următoarele obiecte de studii:

Medicina legală
Clinica infantilă
Clinica neurologica şi psihiatrica

In cursul anilor IV-VI, absolvirea stagiilor obligatorii se va verifica în carnetul pentru stagiu de spital (prevăzut cu fotografie) al studentului, de către directorul clinicei respective. Examenele se pot da numai după verificarea terminării stagiului respectiv. Absenta nemotivată sau activitatea nesatisfăcută a studentului aduce cu sine repetarea stagiului. Se recomandă ca studenţii începând cu terminarea anului III, se folosească o parte din vacanţa lor de vară urmărind stagii în spitale. Aceste stagii se pot deasemenea trece în carnetul de stagiu de spital, dar nu se pot lua în considerare în locul stagiului obligateriu la clinici.

§. 20. In afară de cursurile obligatorii înşirate, Facultatea poate recomanda studenţilor *cursuri facultative.*

§. 21. La sfârşitul anului şcolar, studenţii sunt obligaţi să se prezinte la examen din cel puţin 2 obiecte de studii.

Teza de doctorat se poate face în oricare an de studii, pe baza §. 30 al Regulamentului Facultăţii.

* * *

FACULTATEA DE MEDICINA DIN ROMA

Despre **Invăţământul medical superior în Italia**, scrie d-l D-r Bungeţianu G. dela Inst. „C. Forlanini", din Roma:

In Italia se găsesc 20 Facultăţi de medicină de Stat şi una particulară, adică o facultate la 2.145.000 locuitor (socotit la populaţia existentă la 31 Dec. 1946). Aceste Facultăţi eliberează, la sfârşitul a 6 ani de studii şi după susţinerea tezei, diploma de doctor în medicină şi chirurgie. Facultăţile sunt sub controlul Ministerului Educaţiei Naţionale, având însă foarte multă autonomie.

Pentru exercitarea profesiunii de medic, care e controlată de către Ministerul de Interne prin Inaltul Comisariat al Igienei şi Sănătăţei Publice, se cere încă — pe lângă titlul academic — şi trecerea aşa numitului **examen de Stat.**

Pentru a fi admis la Examenul de Stat, candidatul trebue:

a) să aibă diploma universitară;

b) să fi avut, în timpul şcolarităţii, frequenţa prescrisă de Stat şi să fi trecut cu succes examenul la cele 21 materii fundamentale şi cel puţin 3 materii complimentare;

c) să fi executat un stagiu de practică spitalicească de 6 luni.

Cele **21 materii fundamentale**, sunt: 1. Chimia generală; 2. Fizica; 3. Biologia şi zoologia generală; 4. Anatomia umană normală sistematică şi istologia; 5. Fiziologia umană; 6. Patologia generală; 7. Farmacologia şi toxicologia; 8. Patologia specială medicală şi metodologia clinică; 9. Patologia specială chirurgicală şi propedeutica clinică; 10. Anatomia şi istologia patologică; 11. Clinica medicală generală şi terapeutica medicală; 12. Clinica chirurgicală generală şi terapeutica chirurgicală; 13. Clinica pediatrică; 14. Clinica obstetricală şi ginecologică; 15. Igienă şi poliţie medicală; 16. Medicina legală şi a asigurărilor; 17. Clinica bolilor nervoase şi mintale; 18. Clinica dermosifilopatică; 19. Clinica otorinolaringologică; 20. Clinica oculistică; 21. Clinica stomatologică. Acestea sunt aceleaşi la toate facultăţile de medicină din Italia, fiind indispensabile pentru a fi admis la examenul de Stat.

Disciplinele complimentare variază dela Facultate la Facultate, după disponibilităţile de profesori şi liberi docenţi. Ele pot fi sau materii autonome sau dubluri ale catedrelor fundamentale existente. Cităm dintre ele: 1. Botanica; 2. Chimia biologică; 3. Technica microscopică; 4. Istologia şi embriologia generală; 4. Anatomia microscopică; 5. Anatomia comparată; 6. Anatomia topografică; 7. Bacteriologia; 8. Microbiologia; 9. Parazitologia; 10. Semiologia medicală; 11. Ftiziologia; 12. Clinica bolilor tropicale şi subtropicale; 13. Clinica bolilor infecţioase; 14. Medicina muncii; 15. Radiologia; 16. Idrologia medicală; 17. Clinica ortopedică; 18. Urologia; 19. Anatomia chirurgicală şi curs de operaţii; 20. Biologia rasselor umane; 21. Ştiinţa ortozenezei; 22. Puericultura; 23. Istoria medicinei; 24. Ştiinţa alimentaţiei; 25. Psihologia; 26. Antropologia criminală, etc.

Şi durata cursurilor pentru fiecare disciplină e fixată de Stat. Studentul pentru a fi admis la examenul de stat, trebue să aibă:

Digitized by Babeş-Bolyai University Library

a) O frequenţă de 2 ani la: anatomia umană normală sistematică, istologie generală şi specială; fiziologia umană; anatomia patologică; patologia medicală; patologia chirurgicală; clinica medicală; clinica chirurgicală.

b) O frequenţă de 1 an la: chimia generală; fizica; biologia şi zoologia generală; farmacologia şi toxicologia; clinica pediatrică; clinica obstetricală şi ginecologică; igienă şi poliţie medicală; medicina legală şi a asigurărilor.

c) O frequenţă de un semestru la: clinica O. R. L.; clinica bolilor nervoase şi mintale; clinica dermatosifiligrafică; clinica oculistică; clinica stomatologică şi toate celelalte materii complimentare.

Stagiul de practică spitalicească, se face după cei 6 ani de studii, are o durată de 6 luni subîmpărţit în trei perioade de câte 2 luni pentru fiecare în clinicile medicală, chirurgicală şi obstetrico-ginecologică. Acest stagiu poate fi făcut în clinici universitare sau în spitale hotărîte de către Ministerul Educaţiei.

Până aici se întinde amestecul Statului. El garantează **o identitate de studii la toate Facultăţile pentru disciplinele fundamentale,** pe care nu numai că le fixează, dar hotărăşte şi timpul de studii pentru fiecare din ele. Deasemenea **împiedică fărămiţarea catedrelor fundamentale,** fără ca totuşi să împiedice desvoltarea mai amplă a unor capitole speciale, care pot avea loc sub forma de cursuri complimentare, însă numai sub această formă.

Aranjamentul programului e de competenţa Facultăţilor, deşi şi aici Statul intervine pentru a asigura **un minimum de uniformitate.** Pretinde anume că examenul de anatomie să fie trecut înaintea celui de fiziologie, acesta înaintea celui de patologie generală, care, la rîndul lui, trebue trecut înaintea celui de patologie specială chirurgicală şi medicală; examenul de patologie specială chirurgicală trebue să preceadă pe cel de clinică O. R. L. In afară de aceste limitări ale Statului, **Facultăţile sunt libere să întocmească programul de studii** cum socotesc mai bine şi cu **toată libertatea în alegerea şi propunerea materiilor complimentare.** In acest domeniu pot introduce chiar unele modificări. Astfel Facultatea de medicină din Roma, pretinde studentului ca dintre cele trei materii complimentare ce repezintă minimum pe care are dreptul să şi-l aleagă, una să fie neapărat Clinica ortopedică. In acest fel, Ortopedia, deşi complimentară după lege, revine pentru Roma, obligatorie prin Regulamentul Facultăţii.

Astfel îngrădită de către legi şi regulamente, rămâne totuşi şi studentului libertatea de a face mici adaptări la tendinţele lui personale şi în vederea specializării viitoare, având posibilitatea alegerii dintre materiile complimentare.

Comisia pentru examenul de Stat e alcătuită din 7 profesori (dintre cari doi trebue să fie dintre titularii catedrelor de anatomie, anatomie patologică, fiziologie, patologie generală, un liber docent şi trei persoane streine de învăţământ superior, două desemnate de Ministerul Educaţiei după propunerea Sindicatului profesional şi una desemnată de Ministerul de Interne printre medicii funcţionari superiori.

Examenul constă în trei probe orale şi practice:

a) o probă de medicină şi specialităţile înrudite (dermatosifiligrafie, pediatrie, boli nervoase şi mintale;

b) o probă de chirurgie şi specialităţile înrudite (oculistica, o. r. l., stomatologie şi proteze dentare, ortopedia;

c) o probă de obstetrică.

Proba de specialitate e aleasă de către comisie, dar în toate cazurile e obligatorie proba de stomatologie şi proteze dentare.

*

Pe lângă Facultăţile de Medicină sunt anexate următoarele Şcoli de Perfecţionare, care eliberează diplome de specialişti:

Şcoală de perfecţionare în chirurgie; durata cursurilor, 5 ani.

Şcoală de perfecţionare în clinică medicală; durata, 5 ani.

Şcoală de perfecţionare în obstetrică şi ginecologie, 4 ani.

Şcoală de perfecţionare în urologie; 3 ani.

Şcoală de perfecţionare în oculistică; 3 ani.

Şcoală de perfecţionare în otorinolaringologie; 3 ani.

Şcoală de perfecţionare în neurologie şi psichiatrie;. 3 ani.

Şcoală de perfecţionare în dermatosifiligrafie; 2 ani.

Şcoală de perfecţionare în medicină legală, care eliberează două feluri de diplome, diplome de specialist în medicină legală şi de specialist în poliţie ştiinţifică şi medicină de penitenciar; durata, 2 ani.

Şcoală de perfecţionare în pediatrie; durata 2 ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şcoală de perfecţionare în radiologie; durata studiilor 2 ani cu internat obligatoriu de cel puţin 4 luni în Institutul de Radiologie.

Şcoală de perfecţionare în stomatologie şi proteze dentare; 2 ani.

Şcoală de perfecţionare în clinica tuberculozei şi bolile aparatului respirator; durata 2 ani.

Şcoală de perfecţionare în medicina muncii; condusă de Decanul facultăţii, durata studiilor 2 ani.

Şcoală de perfecţionare în clinica bolilor tropicale şi subtropicale; durata studiilor 2 ani.

Şcoală de perfecţionare în oncologie; condusă de titularul catedrei de anatomie patologică, durata cursurilor 1 an.

Doctorilor în Medicină, pe lângă Şcolile de mai sus, le mai sunt deschise următoarele Şcoli de perfecţionare anexate Facultăţii de Ştiinţe, care eliberează o diplomă de perfecţionare:

Şcoala de perfecţionare în Ştiinţa alimentaţiei (cunoştiinţe privind nevoile alimentare ale naţiunii, raţiile alimentare ale copiilor, adulţilor, lucrătorilor şi animalelor domestice); prepară dieteţi şi medici pentru industriile alimentare; durata cursurilor 2 ani.

Şcoala de perfecţionare în Ştiinţe biologice, cu o durată de 2 ani.

Şcoala de perfecţionare în Istoria Ştiinţelor, cu o durată de 1 an.

Roma, Iunie 1947.

*

Prezentăm în original părţi din Regulamentul Facultăţii de Medicină şi Chirurgie din Roma, cari privesc ordinea studiilor şi repartiţia disciplinelor fundamentale şi complimentare, precum şi examenele obligatorii:

R. UNIVERSITA DEGLI STUDI DI ROMA
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

ORDINE DEGLI STUDI

Anno accademico 1945-46

Durata del corso degli studi: sei anni divisi in trebienni.

Titolo di ammissione: Diploma di maturità classica o di maturità scientifica.

Insegnamenti fondamentali:

I BIENNIO.

1. Chimica. — 2. Fisica. — 3. Biologia e zoologia generale, compresa la genetica e la biologia delle razze. — 4. Anatomia umana normale (biennale). — 5. Fisiologia umana (1° corso). — 6. Patologia generale (1° corso).

II BIENNIO.

7. Fisiologia umana (2° corso). — 8. Patogia generale (2° corso). — 9. Farmacologia. — 10. Patologia speciale medica e metodologia clinica (biennale). — 11. Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica (biennale). — 12. Anatomia ed istologia patologica (1° corso). — 13. Clinica otorinolaringoiatrica (semestrale).

III BIENNIO.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

14. Anatomia e istologia patologia (2° corso). — 15. Clinica medica generale e terapia medica (biennale). — 16. Clinica chirurgica generale e terapia chirurgica (biennale). — 17. Clinica pediatrica. — 18. Cliniac estetrica e ginecologia. — 19. Igiene. — 20. Medicina legale e delle assicurazioni. — 21. Clinica delle malattie nervose e mentali (semestrale). — 22. Clinica dermosifilopatica (semestrale). — 23. Clinica oculistica (semestrale). — 24. Clinica odontoiatrica (semestrale).

Insegnamenti complementari (semestrali).

1. Chimica biologica. — 2. Istologia ed embriologia generale. — 3. Miccrobiologia. — 4. Parassitologia. — 5. Semeiotica medica. — Tisiologia. — 7. Clinica delle malattie tropicali e subtropicali. — 8. Malattie infettive. — 9. Medicina del lavoro. — 10. Psicologia. — 11. Antropologia criminale. — 12. Radiologia. — 13. Idrologia medica. — 14. Clinica ortopedica. — 15. Urologia. — 16. Anatomia chirurgica e corso d'operazioni. — 17. Storia della medicina.

L'insegnamento di Clinica Ortopedica, sebbene complementare, è obbligatorio.

Le esercitazioni pratiche nelle discipline fondamentali sono obbligatorie per tutti gli studenti; le esercitazioni nelle discipline complementari sono obbligatorie, invece, solo per gli studenti che seguono i corsi relativi.

L'esame di Anatomia umana normale deve essere superato prima di quello di Fisiologia umana; l'esame di Fisiologia umana prima di quello di Patologia general, e questo prima degli esami di Patologia speciale chirurgica e di Patologia speciale medica.

L'esame di Fisiologia umana deve comprendere anche nozioni di Chimica biologica.

L'esame di Patologia speciale chirurgica deve essere superato prima di quello di Clinica otorinolaringoiatrica.

L'esame di Patologia speciale medica deve essere superato prima di quello di Igiene.

Per l'insegnamento di Anatomia ed istologia patologica è prescritto, alla fine del 4° anno, un colloquio sulle istituzioni e sulla istologia patologica, e un esame su tutta la materia alla fine del 5° anno; gli studenti che non conseguono l'idoneità nel colloquio possono tuttavia adire il 3° biennio, ma non potranno essere ammessi all'esame finale della materia se non avranno ripetuto — con esito favorevoleil colloquio.

Gli studenti che non abbiano superato l'esame di Anatomia e istologia patologica, non possono essere ammessi a sostenere gli esami nelle discipline del 6° anno.

Gli insegnamenti delle Cliniche speciali a corso semestrate e quelli complementari, pure a corso semestrale, devono essere impartiti in non meno di 25 lezioni, e gli studenti vi possono essere ammessi in due turni.

Ai fini dell'ammissione agli esami di Stato, l'insegnamento delle Cliniche: medica, chirurgica e ostetrico-ginecologica deve essere completato da un tirocinio pratico continuativo di almeno sei mesi in Istituti ospedalieri.

Il semestre di tirocinio pratico devé avere inizio dopo la chiusura dei corsi d'insegnamento del 6° anno.

RIPARTIZIONE DEGLI INSEGNAMENTI FONDAMENTALI E COMPLEMENTARI E DEGLI ESAMI OBLIGATORI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. BIENNIO. I ANNO

Insegnamenti fondamentali:

Anatomia umana normale I. Biologia e zoologia generale, compresa la genetica e la biologia delle razze; Chimica; Fisica.

Insegnamenti complementari:

Istologia ed embriologia generale.

Gli studenti che aspirano all'assegno della Cassa Scolastica debbono Biologia e zoologia, compresa la genetica e la biologia delle razze; Chimica; Fisica.

II. ANNO.

Insegnamenti fondamentali:

Anatomia umana normale II; Fisiologia umana I; Patologia generale I.

Insegnamenti complementari:

Chimica biologica; Psicologia; Storia della medicina.

Gli studenti che aspirano all'assegno della Cassa Scolastica debbono superare i seguenti esami:

Anatomia umana normale.

Per adire al 2° biennio gli studenti debbono aver seguito gli insegnamenti fondamentali e superato gli esami prescritti per il 1° biennio.

II. BIENNIO:

III. ANNO.

Insegnamenti fondamentali:

Fisiologia umana II; Patologia generale II; Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica I; Patologia speciale medica e metodologia clinica I.

Insegnamenti complementari:

Microbiologia; Parassitologia.

Gli studenti che aspirano all'assegno della Cassa Scolastica debbono superare i seguenti esami:

Fisiologia umana; Patologia generale.

IV. ANNO.

Insegnamenti fondamentali:

Anatomia e istologia patologica I. Clinica otorinolaringoiatrica; Farmacologia; Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica II; Patologia speciale medica e metodologia clinica II.

Insegnamenti complementari:

Radiologia; Semeiotica medica.

Gli studenti che aspirano all'assegno della Cassa Scolastica debbono superare i seguenti esami:

Clinica otorinolaringoiatrica; Farmacologia; Patologia speciale chirurgia e propedeutica clinica; Patologia speciale medica e metodologia clinica; Colloquio di Istituzioni e d'istologia patologica.

Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Cluj

Per adire al 3º biennio gli studenti debbono aver seguito gli insegnamenti fondamentali e superato gli esami prescriti per il 2º biennio.

III. BIENNIO: V. ANNO.

Insegnamenti fondamentali:

Anatomia e istologia patologica II; Clinica medica generale e terapia medica I; Clinica chirurgica generale e terapia chirurgica I; Clinica delle malattie nervose mentali; Clinica dermosifilopatica; Clinica oculistica; Clinica odontoiatrica; Igiene.

Insegnamenti complementari:

Anatomia chirurgica e corso d'operazioni; Malattie infettive; Urologia.

Gli studenti che aspirano all'assegno della Cassa Scolastica debbono superare i seguenti esami:

Anatomia e istologia patologica; Clinica delle malattie nervose e mentali; Clinica dermosifilopatica; Clinica oculistica; Clinica odontoiatrica; Igiene.

VI. ANNO

Insegnamenti fondamentali:

Clinica medica generale e terapia medica II; Clinica chirurgica generale e terapia chirurgica II; Clinica ostetrica e ginecologica; Clinica pediatrica; Medicina legale e delle assicurazioni.

Insegnamenti complementari:

Atropologia criminale; Clinica delle malattie tropicali e subtropicali; Clinica ortopedica (obbligatorio); Idrologia medica; Medicina del lavoro; Tisiologia.

Gli studenti che aspirano all'assegno della Cassa Scolastica debbono superare i seguenti esami:

Clinica medica generale e terapia medica; Clinica chirurgica generale e terapia chirurgica; Clinica ortopedica; Clinica ostetrica e ginecologica; Clinica pediatrica; Medicina legale e delle assicurazioni.

Per adire all'esame di laurea gli studenti debbono aver superato gli esami di tutti gli insegnamenti fondamentali, della Clinica ortopedica e di almeno altri due insegnameni complementari; essi debbono, inoltre, aver frequentato le prescritte esercitazioni pratiche e cliniche.

*

Iată şi o listă a **Facultăţilor de Medicină din Italia**, în dreptul fiecăreia cu numărul de studenţi pe care i-a avut în anul şcolar 1941—42.

Bari	657	Palermo	598
Bologna	1.562	Parma	599
Cagliari	238	Pavia	714
Catania	524	Perugia	247
Firenze	517	Pisa	457
Genova	846	Roma	2.248
Messina	433	Sassari	157
Milano	1.695	Siena	170
Modena	267	Torino	924
Napoli	1.829	Ferrara (Universitate particulară)	135
Padova	1.324		

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceleaşi Universităţi au rămas şi până azi (vorbim de Universităţile care au Facultate de Medicină).

* * *

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN CRAIOVA

La data prezentă **Facultatea de Medicină din Craiova** are fiinţă legală, în cadrul Universităţii din Craiova înfiinţată prin legea No. 138 promulgată în M-torul Oficial No. 93 din 25 Aprilie 1947.

Motive financiare n'au permis încadrarea în budgetul statului, la începutul anului în curs, a nouei instituţiuni şi punerea ei în funcţiune până în prezent. Dar budgetul general al statului este trimestrial şi în trimestrul de Octombrie se poate trece, dacă nu va greva finanţele statului prin prevederi de personal şi material. Cea ce nu va fi cazul, cheltuelile de personal didactic şi de ad-tiv fiind neînsemnate, chiar inexistente prin chemările şi numirile restrânse (transferări, detaşări) sau largi (de persoane cari, sub o formă oare-

care fiind deja retribuite de stat, vor trebui numai să facă alegerea); iar pentru cheltuelile de material (punere în funcţiune înzestrare, întreţinere, complectări, construcţiuni) făcând faţă Eforia prin veniturile ce îşi va creia.

Printr'o decizie dată în ziua de 4 August crt., D-l Ştefan Voitec, Ministrul Educaţiei Naţionale, făuritorul legei de înfiinţare a Universităţii Oltene, a numit pe primii membri ai Consiliului general al Eforiei, Consiliu General care este alcătuit din donatori şi din reprezentanţi ai vieţei publice cari şi-au câştigat (sau îşi vor câştiga) merite recunoscute în opera de înzestrare a Universităţii (art. 23. al. A.). Rămâne ca D-sa să dea aplicare art. 6 şi următoare cari prevăd instituirea Consiliilor profesorale provizorii, Consilii cari, întrunite în Senat universitar provizoriu, cu Rector şi Decani provizorii (art. 7), vor stabili numărul şi felul catedrelor, conferinţelor şi posturilor de personal didactic ajutător, precum şi programul cursurilor (art. 8). Se va permite astfel alegerea şi a Consiliului de Ad-ţie al Eforiei, care va dispune de venituri fixând şi repartizând cheltuelile Universităţii, Consiliul general prin Comitetul de direcţie ce ce şi-a dat, şi cu Biuroul ce şi-a ales, având atribuţiuni numai de colectare.

Noua instituţie de cultură superioară creiată în Oltenia va trebui să fie **democrată** (în numele democraţiei fiind cerută); să satisfacă necesităţile culturale ale ţării, în primul rând ale regiunei (fiind o **Universitate regională**); să constituiască nu numai o nouă universitate dar o **Universitate nouă** prin spirit, tendinţe, organizare, oameni, spărgând la nevoe vechile tipare pentru a se încadra în condiţiile actuale de progres umanitar şi cultural — în această ordine de idei nu va ezita să rupă cu trecutul, când va fi cazul, pentru a desfiinţa vechi catedre inutile şi a înfiinţa nuoi catedre, cursuri, institute tecnice, laboratoare, posturi necesare; nu va rămâne o uniuniversitate minoră (discursul D-lui Ministru al Educaţiei Naţionale din 4 August, ţinut cu ocazia înfiinţării Eforiei). Se va manifesta această instituţie, în vreun fel oare-care, printr'un specific al său cultural? Aceasta va depinde de profesori şi elevi.

Pentru a ne restrânge la Facultatea de Medicină, pe a cărei înfiinţare la Craiova a precedat-o cu 20 ani apariţia revistei acesteia şi desvoltarea ei ulterioară, — o vedem conformându-se aceluiaşi spirit ştiinţific şi practic; îmbrăţişând toate aspectele medicinei; tratând regionalul în cadrul general şi naţionalul în cadrul universal — titlurile succesive ale revistei de „Mişcarea Medicală", „Mişcarea Medicală Română", „Acta Medica Romana" conţin în germene parte din aceste tendinţe.

In ce priveşte **programul de studii** la facultăţile noastre de medicină, de mult am observat unele lacune ale învăţământului medical, în primul rând pe aceia de a nu prevedea toate materiile fundamentale şi de a lăsa pe unele pe planul al doilea; de a ridica pe primul plan şi a le impune obligator materii complimentare; de a nu desprinde esenţialul de accesoriu şi principalul de secundar, lăsând pe student să alerge singur la detaliu; de a pulveriza catedrele, în

BCU Cluj / Central University Library Cluj

loc de a le aduna prin tratarea la un loc a aceleiaşi sau vecine materii medicale.

Materiile se împart în fundamentale şi complimentare (la Facultăţile de Medicină din Italia se predau 21 materii fundamentale şi peste 26 discipline complimentare, cari variază dela Facultate la Facultate. La Facultatea de medicină din Bucureşti, sunt peste 43 catedre de cursuri toate obligatorii). Predarea se face pe ani, dupe înaintarea în studii; sau pe grupe de ani, dupe legătura materiilor (pentru primii 2 ani, I Biennio în Italia şi la noi, peste tot cam cu aceleaşi materii; pentru primii 3 ani, constituind stadiul preclinic; pentru primii 4 ani sau 5 ani, constituind I ciclu, de învăţământ fundamental sau esenţial, pentru formarea practicianului general, ca la Facultatea de medicină din Harvard — sau cum propune la noi D-l Prof. D. Mezincescu; pentru cei 6 ani, ca la noi, în ultimii 2 ani predându-se specialităţile, — anii de specializare care să formeze al 2-lea ciclu de învăţământ complimentar, de perfecţionare, nefiind încă bine statuaţi la noi).

Predarea nu se face peste tot dupe un program analitic definit, ci dupe preferinţele sau specializarea profesorului, şi nu întotdeauna dupe cea mai potrivită metodă pedagogică de predare, care să permită instruirea studentului; adăogăm, că uneori nici în spiritul universitar sau academic cuvenit; complectăm, şi departe de suflul de generozitate şi umanitate cari stau la baza disciplinei şi misiunei medicale.

La noi, învăţământul de esenţă clinică, ca în Franţa, nu s'a putut manifesta ca mai înainte, din cauze multiple; n'a reuşit să fie nici curativ, necum preventiv; a rămas individualist, chiar medicul rural nu foloseşte colectivităţii; şi, mai mult teoretic.

Tocmai pentru-că este de dorit să reprezinte şi o facultate de medicină nouă nu numai să constitue o nouă facultate de medicină, Facultatea de medicină dela Craiova va trebui să ţină seamă de obiectările de mai înainte şi în loc să scoată la rându-i, în serie, medici la fel de catastrofal de nepregătiţi ca cei din ultimii ani, să dea ţării şi neamului românesc pe medicul desăvârşit, bine pregătit, capabil să facă faţă tutulor cerinţelor profesiunei şi nevoilor populaţiei în mediul urban şi în mediul rural, onest şi pătruns de misiunea şi rolul lui în societate.

Mai mult ca orice altă disciplină şi profesiune, medicina cere o introducere în materie, o prezentare de ansamblu a problemelor medicale şi a meşteşugului menit să le rezolve, o pregătire încéată a ucenicului. Dupe sfeştania de rigoare la deschiderea începutului de an pe universitate, nici măcar de facultate, cu o conferinţă ca pentru toţi studenţii, din toţi anii de studii, studentul din anul I dela medicină intră deadreptul la anatomie cu embriologie; la chimie g-rală medicală, la Iaşi şi biologică; la fiziologie şi fizică, separate sau predate în cadrul aceleaşi catedre, ca la Iaşi şi Timişoara; la histologie şi embriologie, la Tg.-Mureş; numai la Tg.-Mureş la Biologie; la Cluj la biologie şi la introducere în igenă — intră în aceste discipline ca într'un colectiv (denumire la modă azi) şi rămâne în

el tot anul, cu ochelari (ca la cai) de nu văd decât înainte şi deloc în lături, pierzând contactul şi legăturile vecine. La fel procedează studentul anului II, cu disciplinele în continuare (anatomia, fiziologia) sau cu cele nuoi (istologia, zoologia medicală cu parazitologia la Bucureşti[1]). Pentru medicina experimentală Claude Bernard a scris la timp celebra sa „Introduction à l'étude de la médecine experimentale"; iar pentru studeentul în medicină Barth şi Roger cartea nu mai puţin utilă „Introduction à l'étude de la médecine"; şi de curând s'a scris Introducerea în sociologie, ş. a. Sunt materii pregătitoare cari facilitează înţelegerea, dau perspective şi oferă conexiuni.

Introducerea în medicină se face prin predarea noţiunilor de Biologie Generală, cari azi nu se face la toate facultăţile noastre de medicină şi a noţiunilor de Istoria medicinei, care azi nu se predă decât la Cluj. Introducerea în medicină se mai face prin predarea primelor noţiuni de Igienă individuală şi colectivă, cari tot numai la Facultatea de medicină din Cluj se face, Igienă care trebue predată din primul an. La fel, dela început să se predea primele noţiuni din Ştiinţa alimentaţiei. La fel, noţiunile de Demografie, de Sociologie şi Psichologie, dupe cum propune D-l Profesor I. Haţieganu pentru anul I şi anul II. Noţiuni din aceste materii s'au predat deja elevilor în cursul secundar superior, reînprospătarea şi aplicarea lor la medicină va fi cu atât mai bine venită.

Este bine, de asemenea, ca studentul în medicină să ia contact cu bolnavul cât mai de vreme, măcar din anul II; cum propune şi D-l Profesor I. Haţieganu. Pentru Ingrijirea bolnavului se destină studentul; luarea de contact dela începutul anilor de studii (precum agentul sanitar şi moaşele fac din primul an de învăţătură), cu bolnavii, în sălile de policlinici, sub supravegherea facultăţii (aşa cum au făcut atâţia clinicieni eminenţi de mai târziu), nu poate decât folosi. Nicio teamă de superficializare, nici de abatere dela învăţătură prin clientelă, ci obicinuinţă cu bolnavul din vreme, plăcere prin variaţie cu materiile teoretice, însuşirea cunoştinţelor de mică chirurgie şi de mică medicină, pe care le au şi îngrijitorii de bolnavi fără titluri academice şi cari pot fi atât de folositoare în cazuri de urgenţe, mai cu seamă în mediul rural, — măsuri terapeutice de luat cu un moment mai de vreme faţă de medicina empirică dela sate.

Sub forma unei Materii de Introducere la studiul medicinei materia medicală amorfă, de început, va fi predată dupe gradul cunoştinţelor pe care studentul le acumulează cu încetul. Va constitui subconştientul din care va scoate mai târziu şi pe care va clădi la timp — scriam în No. 5—7 din Mai-Iulie, 1945, la pagina 216. In „Ardealul medical" No. 7—8/946, D-l Profesor I. Haţieganu, marele clinician de'a Cluj, în „Adnotări la problema învăţământului medical" propune Introducerea în medicină în Sem. I. şi Ingrijirea bol-

Continuare în pag. 463

1) Botanica, chiar numai cea medicală, nu se mai predă azi la nicio facultate de medicină din ţară, ca o compensaţie că pe vremea noastră s'a predat de către răp. Prof. Vlădescu, prea multă.

PROBLEMA NUTRIȚIEI *)

de

D-r V. GOMOIU

Când mi s'a cerut să comunic titlul conferinței la care mă obligă statutul Ateneului, am indicat doar domeniul la care aveam să mă refer, — și, de aceea s'a anunțat că voiu vorbi despre „Probleme biologice". Cum însă timpul rezervat unei conferințe n'ar ajunge nici ca să le trec în revistă, — necum să le desvolt pe toate, — voiu trata una singură, și anume „Problema nutriției", a cărei atentă considerare ne este impusă de însăși împrejurările ce ne apasă; și, voiu încerca să o examinez pe toate laturile, evitând — bineînțeles — lăturile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Foametea nu este un eveniment nou nici pentru țara noastră, dar — cum am spus și altă dată — istoria o citesc toți, dar n'o învață nimeni; și, de aceea am căzut pradă lipsurilor care ucid pe Moldoveni și mineazā majoritatea neamului românesc.

Pe semne că un blestem asemănător s'a abătut asupra unei părți din țară, prin anul 1815, de vreme ce însăși oficialitatea a tipărit și răspândit atunci o circulară, prin care atrăgea poporului atenția că „rădăcina plantei numită Pita Tătărască, are un izu dulciu și așa de hrănitoriu în cât, în vreme de lipsă, numai cu aceasta pot trăi oamenii". Și, este probabil că aceeași foamete va fi bântuit și în anul următor, deoarece în 1816 aceeași autoritate a tipărit și răspândit altă foaie, intitulată „Indreptare despre folosința ghindei", arătând oamenilor în ce fel să o întrebuințeze pentru hrănire, în loc de bucate.

Față de seceta, care se instalase deja, — neavând altă putere, — mi-am permis să atrag la timp atenția asupra celor două foi, — reproducându-le, — dar, publicația mea a urmat soarta majorității și, ceea ce era de prevăzut, s'a întâmplat.

Tot astfel, în cartea sa din 1944 intitulată „Mediaș", d-l George Togan, scria (la pag. 141) că, în urma lăcustelor care au bântuit doi ani consecutivi și au nimicit toate culturile, populația

*) Conferință ținută la Ateneul Român din București la 30 Martie 1947.

a căzut într'o mare sărăcie. „Orașul — zice Domnia-Sa, fără să precizeze anii, — a mâncat pâine din rădăcini de trestie, sau rădăcini de verze crude. Bășicile de porc dela ferestre, care pe atunci țineau locul geamurilor, au fost smulse și mâncate. Unii au mâncat câini, pisici, șoareci și animale sălbatice. Alții au scos viței necopți și mânji din caii morți și i-au prăjit pe tăciuni de cărbune. S'au ivit și mâncători de oameni. Criminalii ce atârnau spânzurați la Dealul Furcilor n'au fost cruțați; au fost smulși din streanguri și mâncați (ceea ce însemnează că pe vremea aceea se mai spânzura și câte un hoț). Părinții își mâncau copiii. La rândul lor, copiii își mâncau părinții, după ce n'au mai găsit ouă de pasări prin cuiburile din copaci".

Iată deci un tablou ce nu trebuia uitat.

In afară însă de aceste două date, foametea a rânjit din când în când chiar prin mănosul nostru regat — și chiar în zilele noastre — căci, nu mai departe decât în 1910 răposatul D-r Takeanu, fost medic primar al jud. Covurlui, scria în raportul său către Direcția Generală a Serviciului Sanitar, că locuitorii unor comune ajunseseră în așa stare de lipsuri, încât se hrăneau numai cu rădăcini de papură.

Era prin urmare de gândit că seceta sau lăcustele puteau să ne bântue și alteori. Cu toate acestea, nu s'au luat totdeauna măsurile de rigoare, și, nu numai odată s'a importat grâu și porumb din America, sau ceapă și chiar varză murată din Bulgaria, — fără să mă mai refer la împrejurările care ne-au făcut să importăm făină de grâu din... Elveția.

Central University Library Cluj

Mereu însă uitarea a întunecat trecutul, iar optimismul nostru a zădărnicit chiar hotărîrea din toamna trecută — de a se strânge și a se folosi jirul.

Nu cunosc realitatea de astăzi în toată adâncimea ei, dar ar fi trist dacă n'am învăța nimic nici din lecția pe care o plătim așa de scump.

Drama Moldovei — care este a neamului românesc — nu poate să lase pe nimeni indiferent. Căci, ea ne lovește, după ce în cele două războaie petrecute într'un sfert de veac — am pierdut aproape două milioane de tineri dintre cei mai aleși. Ea se adaogă la durerea ce se strigă de douăzeci de ani, că „piere Banatul Românesc", sau că „se prăpădesc Moții", ori că „s'au risipit Macedonenii" și ceilalți. La tragismul trecutului și al prezentului, nu mai este nevoie de adăogirea altuia; iar dintre toate, cel mai periculos — și în același timp cel mai rușinos pentru țara noastră „eminamente agricolă" ar fi agravarea sau prelungirea foametei existente, ori revenirea alteia.

Nu știu dacă vechii Egipteni au fost îndemnați de necesitățile higienei, sau de spiritul prevederii, ori dacă au fost determinați de experiența celor șapte ani de lipsuri — simbolizați prin cele șapte vaci slabe, de care pomenește Biblia. Dar, sigur este că, — pentru a satisface trebuințele hranei, sau pentru a înfrâna lăcomia și a evita neajunsurile ce decurg din lipsa mâncării ori

din preamultul ei, — autoritatea egipteană, cu 2—3000 de ani înainte de Christos, reglementase până în cele mai mici amănunte alimentaţia poporului, rezumând-o la produsele locale ale solului (vegetale, fructe, oleiuri), consumul cărnii fiind îngăduit numai în anumită măsură şi numai dela anumite animale, iar vinul şi toate produsele de import erau rezervate numai regelui şi marilor preoţi. Se prevedeau pedepse aspre pentru orice abatere; dar, ca să fie mai sigur de respectarea celor prescrise, legiuitorul a îmbrăcat aceste măsuri în haina preceptelor religioase, asociindu-şi astfel şi concursul Dumnezeirii, care vede tot.

Budha cerea adoratorilor săi să nu mănânce nimic omorît sau înjunghiat, iar mozaismul şi mohamedanismul conţin o seamă de percepte alimentare foarte cuminţi.

Mai apoi — referindu-mă la vechii Greci — s'a dat adesebori ca exemplu „supa neagră" a Spartanilor, sau regimul sever pe care şi-l impusese atât maestrul Pythagora, cât şi adepţii „şcoalei" sale; „Hrana cu carne de animal — ziceau Pythagora şi Plutarch — murdăreşte sângele şi corpul, şi de aceea — ziceau ei — omul trebue să se hrănească numai cu alimente vegetale".

Tot astfel Romanii, în epoca lor de înflorire, şi-au reglementat alimentarea, numind magistraţi speciali („edili alimentari"), care se ocupau de asigurarea hranei, — şi alţii („edili cereali" sau „curatores frumenti dandi") care se ocupau cu repartizarea grâului. In epoca decadentă însă, îmbuibaţii şi-au construit — în sufragerie, chiar lângă masă — adevărate guri de canal — aşa numitele „vomitoria" — în care îşi goleau prea-plinul stomacului, ca să-l încarce apoi din nou; iar de altă parte, plebei flămânde îi se arunca din când în când „panem", complectată cu „circenses".

In acelaşi timp, la creştini — care, din cauza prigoanei, nu puteau să întreprindă o acţiune de ajutorare făţişă a colectivităţii, — „pomana" individuală a luat caracterul pe care-l cunoaştem.

Ştiu că nu avem dreptul să discutăm cum a hrănit Christos cinci mii de oameni, numai cu cinci pâini şi doi peşti; dar, nici nu trebue să uităm porunca Lui de a drumica celui flămând. Cu timpul, chiar acei care n'au mărturisit utilul „caritătii" creştine, au recunoscut totuşi că ajutorarea aproapelui se impune ca o „raţiune de stat", sau mai bine zis ca o acţiune de auto-apărare. Căci, dacă s'a constatat că „venter plenus non studet libenter", nu este mai puţin adevărat că „ghiorăiala maţelor este o muzică foarte supărătoare", sau că „foamea este un rău sfătuitor".

Dacă însă foamea temporară provoacă numai oarecare „ameţeală" — la propriu şi la figurat, — prelungirea ei poate să producă o seamă de turburări şi o stare de prostraţie, căreia îi urmează moartea — mai lentă, sau mai grăbită, zisă „prin inanitie" sau prin „mizerie fiziologică". Alteori însă, ea poate să producă o stare de excitaţie — o adevărată „nebunie a foamei", cu toate manifestările care justifică acest termen şi care poate să dăuneze oricui.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Neavând niciun cuvânt de îndoială că prin faptele şi prin învăţătura sa, Christos a urmărit mântuirea tuturora, nici nu trebue să uităm că, în acelaşi timp cu poruncile în favoarea flămândului şi a setosului — de adevăr şi de dreptate, dar şi de alimentare trupească, — Christos a combătut îmbuibarea şi a condamnat foarte aspru lăcomia, considerând-o ca „un păcat de moarte". Şi, cine ar putea să tăgăduiască — indiferent de religia căreia-i aparţine — că lăcomia, în orice privinţă, dar mai ales lăcomia la mâncare este un mare păcat? Căci, mâncând ce nu se cuvine, sau mâncând peste măsură, oricine îşi face rău mai întâi sieşi, deoarece se îmbolnăveşte şi poate să moară repede — prin intoxicaţie sau indigestie—, ori — mai lent — prin degenerescenţe grăsoase, prin gută, diabet zaharat, etc. De altfel, toată lumea ştie ce se petrece cu boul care e lăsat să pască liber în trifoi, sau cu porcul căruia i se dă să mănânce cât poate, sau cu ficatul gâştei „îndopate", şi, de aceea s'a creeat proverbul că „omul îşi sapă groapa (sau mormântul) cu dinţii".

Poate că în vreme de belşug acest fapt n'ar avea prea mare importanţă, întrucât cineva — dacă ţine neapărat — se poate sinucide într'un fel sau altul. In vreme de lipsuri însă, lacomul cauzează rău şi altora, căci, prin risipa pe care o face, sau prin excesul de consum — inutil, sau vătămător lui, — ca şi prin acaparare la care îl împinge lăcomia, — el privează pe alţii de strictul necesar. De aceea, oridecâteori s'a constatat o relaxare prea mare a resorturilor sufleteşti, conducerea colectivităţii a fost nevoită să intervină. Căci, în majoritatea cazurilor, nevoia de hrană a unora — sau lăcomia altora — a constituit mobilul mai tuturor acţiunilor degradante ale omului, adică: minciuna, hoţia, omorul — între indivizi sau între colectivităţi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nutriţia — normală — trebue să intereseze pe oricine, fiindcă este actul cel mai fundamental al vieţii; ea se petrece înainte de circulaţie şi de respiraţie, şi încetează după ele, iar încetarea ei însemnează moartea. Nutriţia şi viaţa sunt aşa de strâns legate între ele, încât una fără alta nici nu poate să existe; fără hrană, viaţa se stinge, iar acolo unde nu mai este viaţă, nici nutriţia nu mai este posibilă.

Credinţa în viaţa de apoi a atribuit chiar morţilor nevoia de hrană, şi de aceea, strămoşii noştri geto-daci — ca şi vechii Egipteni — mobilau mormântul cu diverse alimente, sub diferite forme, iar „ospăţul funerar" de odinioară era o serbare de rigoare. Obiceiul se continuă chiar astăzi sub formă de „pomană" sau „parastas", cu deosebirea însă că, în loc să se mai pună mâncarea în mormânt, o consumă supraviețuitorii, — care, se fac uneori „criţă"... de durerea răposatului.

Din neştiinţă însă, nutriţia a fost multă vreme — şi este încă de foarte mulţi — confundată cu actul conştient sau voluntar — fizic ori mecanic — al ingestiei de alimente; iar pentru unii oameni, acest act — al mâncării — constitue aproape un scop în

viaţă, exprimat aşa de îmbietor prin zicala „mâncă şi te hărăne, culcă şi te hodine".

Din cauza acestei confuziuni, sau mai bine zis a ignoranţei în materie, s'a afirmat că hrana sau nutriţia este un act instinctiv, şi că, graţie acestui dar natural — care este „instinctul", — vieţuitoarele îşi culeg din mediul înconjurător alimentele prielnice, ocolindu-le pe cele vătămătoare.

Descoperirea focului a ajutat omului să transforme mijloacele alimentare — prin frigere, coacere, fierbere, înmuiere, topire, dextrizare, caramelizare, etc. — şi prin aceasta, omul s'a deosebit încă mai mult faţă de animale, care nu ştiu să-şi prepare alimentele. Dar, făcându-se confuzie între „bun" şi între „gustos", adică între calitatea gustativă şi cea nutritivă a alimentelor, multă vreme nici n'a căutat nimeni să lămurească în ce constă „prielnicul" unora şi „neprielnicul" altora.

S'a observat — probabil — foarte de mult că unele păseri nu ouă noaptea, dar până acum de curând nu s'a întrebat — ori n'a putut să răspundă — nimeni: de ce? De asemenea, s'a observat că primăvara unele găini — în special care fac ouăle moi — scurmă molozul şi-l mănâncă; dar abia încoace, târziu, s'a dovedit că lipsa calciului dă loc la o seamă de turburări. Tot astfel, s'a observat de sigur că pisica — animal eminamente carnivor — mănâncă uneori anumite ierburi, şi s'a conchis că instinctul o învaţă să-şi procure singură medicamentul, atunci când este suferindă; dar, nimeni nu s'a întrebat — ori n'a ştiut să răspundă — de ce o plantă poate să fie aliment, sau medicament, şi ce anume cuprinde ea ca să poată vindeca? De asemenea, experienţa a învăţat că pentru a fi eficace, cutare sau cutare buruiană trebue culeasă la o epocă anumită, sau în condiţiuni anumite, dar, abia mai târziu s'a bănuit motivul.

Toată lumea ştia de mult că, în primăvară, vitele sunt mai slabe — adică mai fără putere — şi ţăranii se cred satisfăcuţi de ştiinţa lor, afirmând că „s'a subţiat sângele în timpul iernii"; dar, ştiinţa propriu, zisă a întârziat foarte mult cu răspunsul ei. Apoi, tot experienţa ne-a învăţat că boalele infecţioase — sub formă de epidemii — izbucnesc mai adeseaori către începutul primăverii; dar, multă vreme s'a crezut că murdăria şi promiscuitatea din timpul iernii ofereau explicaţie suficientă acestui fenomen.

Interesant este că, — deşi în cursul timpului s'au reglementat regimurile alimentare, — deşi s'au prescris diverse diete, — deşi s'au administrat diferite materiale (animale, vegetale sau minerale), — totuşi, învăţaţii vremurilor au ocolit cu grijă această problemă, iar puţinii care au încercat să o aprofundeze, n'au reuşit nici pe de departe să deslege taina nutriţiei propriu-zise, care a rămas până de curând învăluită în mister.

Din tabletele descoperite în Mesopotamia, Von Oefele a dedus, că Sumerienii cu 3—4000 de ani înainte de Christos — ar fi intuit probleme, spunând că „sediul esenţial al vieţii este sângele, şi că persistenţa vieţii se datoreşte primenirii lui prin alimente".

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

După ei, organul central al circulaţiei era ficatul, a cărui examinare — limitată însă la poziţie, formă şi neregularităţi — a jucat chiar la urmaşii Assyro-babylonieni, cel mai mare rol în prezicere sau prognosticuri. Dar, atât.

De asemenea, rezultă — din cartea Ayur-Veda — că şi învăţaţii Hindusilor au luat în considerare această problemă, dar voind să dea o explicaţie mai amplă, au încurcat lucrurile cu desăvârşire.

Au trecut apoi mai bine de două mii de ani — până pe la 500 înainte de Christos, — când Empedocle din Agrigenta a scris prima carte de specialitate — un poem ascetico-dietetic —, iar Herodikos din Efes a afirmat că boalele provin din supranutriţie; dar, de procesul nutriţiei însuşi nu s'a atins niciunul.

Curând după ei nemuritorul Hyppocrate a scris o carte „despre nutriment" şi alta „despre hrana sănătoasă", dar a rămas şi el foarte departe de fiziologia nutriţiei, afirmând că alimentele se digeră prin căldura animală.

Ba încă, Herophil şi Erasistrat — iluştrii reprezentanţi ai şcoalei alexandrine de pe la 300 a. Chr. — au botezat „duodenul" ca atare, au descris „pancreasul" şi au observat vasele chylifere, dar nu le-au acordat importanţa cuvenită, — sau, cel puţin, n'au precizat-o. S'ar părea totuşi că Erasistrat, care a fost considerat de unii ca fondator al fiziologiei, a înţeles mai bine funcţia stomacului şi a ficatului — sau, a nutriţiei în general, — deoarece spune că „toate fenomenele biologice se datoresc sângelui care se formează prin digestia alimentelor; dar, acelaş Erasistrat se depărtează de adevăr, adăogând că „îndeplinirea funcţiunilor fiziologice este o chestie de pură mecanică".

Cel dintâi — pe la anul 150 după Christos — celebrul Claudiu Galenos, care a fost considerat ca fondatorul patologiei experimentale, a creeat o doctrină — numită „a celor trei digestiuni" — de care nu s'a mai atins nimeni timp de 1500 de ani, până în sec. XVII-lea, deşi era atât de străină de realitate.

In tot acel interval s'a continuat prescrierea dietelor şi s'au tratat diferite boale ale nutriţiei, dar problema fiziologică a hrănirii propriu-zise n'a mai fost atacată. Dacă ea a părut prea complicată şi n'a mai îndrăznit nimeni, sau dacă a fost considerată prea simplă şi că nu merită mai multă atenţie? — nu ştiu. Probabil însă că mulţi au privit-o ca atare, comparând aparatul digestiv cu o moară, şi s'au mărginit la constatarea că trebuinţa de hrană — adică lipsa ei, se traduce prin sensaţia de foame, sau de sete, care trebue satisfăcută.

Dacă însă ţinem seama că vederea cutărui spectacol neplăcut „îţi întoarce maţele pe dos şi-ţi taie pofta de mâncare", şi că, în general, afectivitatea — ca şi boala — poate să suprime senzaţia de foame; sau dacă ţinem seama că omul obosit simte uneori o „foame de lup", iar alteori aceluiaş individ — din aceeaşi cauză — „nu-i trebue nici mâncare"; dacă Succi reuşise — prin exerciţiu — să ajuneze câte 40 de zile consecutive, în care timp

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

ingera doar câte puţină apă; sau dacă ţinem seama că în mod normal hibernantele — ursul, şarpele, liliacul, etc. — nu mănâncă, nici nu beau nimic, din toamnă până în primăvară, — nu este oare cazul să ne întrebăm ce este foamea?

De altă parte, dacă ţinem seama că fătul în pântecele mamei nu ingerează (adică nu mănâncă) nimic, şi cu toate acestea trăeşte, hrănindu-se din sângele ei prin intermediul cordonului ombilical; — dacă ţinem seama că indivizii cu emoragii abundente — chiar dacă accidentul s'a petrecut imediat după masă — simt o sete mai intensă decât a însetaţilor obişnuiţi; şi, dacă ştim că setea acestora se potoleşte mai uşor prin injecţiuni de ser fiziologic decât prin ingerare de apă, — nu este oare cazul să ne întrebăm: Unde rezidă senzaţia de foame şi de sete?

Se ştie desigur foarte bine că aceste senzaţii pot să fie excitate sau inhibate de imaginaţie, de vedere, de gust, de boală, etc. dar, a trebuit să treacă atâta vreme până când să ne dăm seama că foamea şi setea — care traduc nevoia de hrană — nu au un sediu precis, adică localizat într'un anumit organ, ci, sunt simţite de întregul organism, adică de toate celulele care-l compun.

A trebuit să treacă atâta vreme până să ne dăm seama de faptul — ce pare azi atât de simplu — că actul mâncării nu este tot una cu nutriţia propriu-zisă, şi că actele conştiente sau voluntare, — prehensiunea, triturarea, masticaţia, deglutiţia — nu sunt decât ajutătoare sau secundare ale unui proces biologic foarte complex sau complicat, care cuprinde o seamă de alte acte, inconştiente sau involuntare — digestia, absorbţia, asimilarea — care sunt cele mai importante. Căci, primele pot fi înlocuite fără mare prejudiciu, împrumutând cleştele altuia pentru a prinde alimentele, zdrobindu-le şi amestecându-le în mod artificial, sau introducându-le cu sonda direct în stomac, pe când actele din a doua categorie sunt neînlocuibile. In caz de turburare a acestora din urmă, individul mănâncă inutil, iar poporul a observat acest fapt, spunând despre cutare că „bagă în el ca într'o groapă şi nu prinde pic de carne", sau că „mănâncă cât şapte şi se usucă pe picioare". (Aceste acte — inconştiente sau intime ale nutriţiei propriu-zise, nu pot fi înlocuite nici de medicină; căci, dacă prin diverse artificii s'a reuşit să fie biciuite — şi chiar suplinite pentru câtva timp, — medicina n'a ajuns până acum — şi nici nu va reuşi vreodată — ca să întreţină nutriţia — adică viaţa — la infinit, sau măcar pe o durată mai îndelungată.

Iată, de ce s'a spus — cu drept cuvânt — că „nutriţia este unul din misterele vieţii", iar prin parafrazare, eu aş spune că nutriţia propriu-zisă este un fenomen sau proces biologic tot aşa de misterios ca şi viaţa însăşi. Căci, despre una ca şi despre cealaltă nu se poate spune nici când începe, sau când sfârşeşte, — după cum nici nu se poate spune dacă una precede celeilalte.

Confundându-se — cum zisei — total una cu alta, viaţa şi nutriţia — în ciuda aparenţelor — sunt menite ca împreună să asi-

Biblioteca Universitară "Iuliu Maniu" Cluj / Central University Library Cluj

gure perpetuitatea. Căci, ce se poate spune de oul care a fost eliminat din ovar? sau de bobul de grâu scuturat din spic, adică detaşat de paiul care s'a uscat după ce l-a hrănit? A murit el, sau a înviat? Se ştie bine că atâtea grăunţe scuturate pier fără să mai dea vreun semn de viaţă; dar, cum se poate contesta viaţa grăunţelor, descoperite după 3000 de ani în mormântul lui Tut-Enk-Amon, care au germinat de îndată ce au fost puse în bune condiţiuni? Iar dacă e neîndoios că viaţa a persistat, se pune întrebarea: cum s'a întreţinut ea?

De îndată însă ce s'a pus întrebarea, răspunsul nu putea să întârzie şi toată lumea a observat că înainte de a se hrăni cu elemente străine, luate din natura înconjurătoare, orice viaţă nouă începe prin a consuma — parţial sau integral — pe aceea care i-a dat naştere: gramineele se hrănesc din grăunţele în care au încolţit, oviparele — din oul în care s'au zămislit, iar mamiferele se hrănesc mai întâi din oul fecundat, apoi din sângele femelei care le poartă în pântec, iar după ce se nasc, se hrănesc cu laptele mamei până ce încep să folosească hrana din afară; ba chiar mai pe urmă, orice viaţă se întreţine consumând alte vieţi — animale sau vegetale; şi, chiar dacă foloseşte şi elemente minerale, toate acestea — cu excepţia clorurei de sodiu — nu sunt folosite decât după ce au fost încorporate altor substanţe animale sau vegetale. Iar prezenţa clorurei de sodiu a fost judecată atât de necesară încât s'a creeat proverbul „că este nelipsit ca Martie din post" sau ca „sarea în bucate", — deşi există atâtea genuri de păsări sau peşti care mor dacă li se dă să mănânce ceva sărat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De sigur că observaţii de felul celor amintite se vor fi făcut mereu în cursul vremii şi este foarte probabil că mulţi învăţaţi vor fi căutat să dea un răspuns satisfăcător. In special studiul asupra vaselor chilifere — făcut de Gasparo Asellio şi publicat la Milano în 1624 — a adus multă lumină, dovedind că o parte din alimentele ingerate — după ce suflă o seamă de transformări în gură, în stomac şi în duoden — este absorbită şi vărsată în torentul sangvin circulator, care o duce pretutindeni, iar cealaltă parte, adică rezidul, este eliminat. De aci însă, până la lămurirea procesului intim al nutriţiei, a mai rămas o cale foarte lungă. care n'a început să se lumineze decât în secolul al XIX-lea.

Lămurirea procesului fermentaţiei — pe la 1856 — de către Pasteur, a părut să arunce — prin analogie — oarecare lumină asupra misterului nutriţiei; dar, orice ipoteză a trebuit părăsită din cauza obiecţiunilor ce-i stau în faţă.

In schimb, tot în secolul al XIX-lea, odată cu desvoltarea chimiei, făcându-se şi analiza diferitelor alimente, s'a constatat că — indiferent de forma sub care se prezintă — majoritatea lor conţine trei elemente de bază: albumină, grăsime, şi hidrocarbonate, alături de care se găseşte, într'o proporţie mai mult sau mai puţin redusă, o seamă de corpi simpli anorganici. De altă parte, s'a constatat că şi componentele corpului nostru, adică celulele, sunt formate din albumină, apă şi săruri.

Pe baza acestor constatări, corpul omenesc a fost asemuit cu o locomotivă în care, în loc de cărbuni sau lemne, se introduc alimente. Acestea ard, produc căldura animală şi degajă acid carbonic, a cărui cantitate ar fi în raport direct cu intensitatea arderilor. Intrucât însă din noi nu iese flacără sau scântei şi nici fum — ca la locomotivă — aceste „arderi" au fost numite „chimice"; alimentele au fost asemuite cu varul, care se topeşte în contact cu apa menită să-l „stingă" şi degajă căldură.

In faţa acestei explicaţii s'au ridicat însă o seamă de obiecţiuni sau contradicţii cu realitatea. Căci, prin opoziţie cu „animalele cu sânge cald", la care s'a aplicat explicaţia de mai sus, există o întreagă clasă de vieţuitoare — aşa numitele „animale cu sânge rece" — în corpul cărora se produc aceleaşi „arderi", fiindcă se hrănesc şi ele, şi cu toate acestea le simţim reci la pipăit, iar temperatura lor reală variază aproape în raport cu mediul înconjurător. Pentru explicarea acestui fapt s'a admis că temperatura acestor animale ar fi mai joasă, fiindcă la ele arderile ar fi mai reduse, iar reducerea acestora s'ar datori faptului că ele ar desvolta mai puţină energie. Realitatea însă ne convinge că sunt anumiţi peşti mult mai activi decât unii oameni, iar ca exemplu s'ar putea invoca extraordinara frământare a peştilor „în bătae"; cu toată „aprinderea" lor, temperatura le rămâne tot joasă sau rece, pe când temperatura rectală a porcului, imobilizat de grăsime, se menţine la 39,7°.

De asemenea, se ştie că sunt bolnavi imobilizaţi în pat, care nici nu mănâncă — din cauza boalei — şi cu toate acestea temperatura lor atinge 39—40°. Din contra, indiferent de alimentaţie, sau de energia desvoltată, temperatura celor în cauză scade sub influenţa anumitor medicamente. Ba încă, Moitessier şi d'Arsonval au arătat că însăşi desvoltarea embrionului se însoţeşte de fenomene endotermice — că adică, oul în perioada de incubaţie absoarbe căldura în loc să o producă.

In pofida oricăror obiecţiuni însă, această teorie, a „combustiilor chimice", a părut aşa de satisfăcătoare, încât o lume de cercetători au pornit să măsoare, în grade, temperatura diferitelor animale. S'a dovedit astfel că boul — care abia se mişcă — şi cobaiul — care şade închis în cuşcă — au 39°, pe când calul nu are decât 37,7°. Totuşi, marii învăţaţi ca: Claude Bernard, Gavarret, d'Arsonval, Charles Richet şi alţii, care s'au ocupat cu studiul căldurii animale, au conchis că aceasta se datoreşte arderilor de oxigen în organism, dar mai ales arderilor de alimente.

Luându-se ca unitate de măsură „caloria" — care reprezintă cantitatea de căldură necesară ca să ridice cu un grad temperatura unui kilogram de apă, — s'a măsurat, în calorii, rezultatul arderilor diferitelor alimente, şi, pe baza cercetărilor pe care le-a făcut, fiziologul Rubner a stabilit (în 1885) că 100 gr. de grăsime dau 1230 calorii, 100 gr. de albumină sau de muşchi produc 1020, iar 100 gr. de hidrocarbonaţi (feculă sau zahăr) produc 950 calorii. Aceste rezultate au fost însă contrazise de alţii, căci Ranke şi Frankland

CC-BY-NC. Kanthi University Library, Cluj

au găsit că 100 gr. de grăsime produc numai 906 calorii, 100 gr. albumină dau între 426 şi 499 de calorii, iar 100 gr. de hidrocarbonaţi produc numai 393 de calorii.

S'au măsurat apoi (în kgr./oră) caloriile produse de diferitele animale, şi, s'a constatat că 1 kgr. de vrăbii ar produce, în timp de 1 oră, 36 de calorii. După Richet, 1 kgr. de cobai dă 12 calorii, pe când după d'Arsonval n'ar produce decât 6—9; iepurile ar produce 4—8 calorii, câinele 2,8—6, şi aşa mai departe, iar 1 kgr. de om produce abia 1,5—2 calorii pe oră.

Cu alte cuvinte, un om adult ar produce cam 100 de calorii pe oră, sau cam 2277 calorii pe zi; iar Helmholz a conchis că din acestea, o proporţie de 2,6% serveşte ca să încălzească alimentele. şi tot 2,6% serveşte să încălzească aerul inspirat, altă proporţie de 14,7% este absorbită prin evaporarea apei pe suprafaţa pulmonară, iar restul de 81,1% din calorii se pierde prin piele, prin radiaţie, prin contact şi prin evaporarea sudorii.

Pentru înlocuirea acestor pierderi de căldură şi pentru repararea celulară, un om în greutate medie de 70 kgr. şi desvoltând o activitate mijlocie, ar avea nevoie — după calculele fiziologului Voit — să mănânce zilnic câte 50 gr. grăsime, 118 gr. albumină şi 500 gr. hidrocarbonate, indiferent de felul alimentelor din care le-ar scoate. Cu alte cuvinte, ca să-şi procure cele 118 gr. de albumină, omul ar trebui să mănânce zilnic câte 500 gr. carne (muşchi), sau 6 kgr. de cartofi, sau 28 kgr. de mere.

Aşa se explică exageratul consum de carne din secolul al XIX-lea, care — odată cu cercetările de mai sus — s'a împătrit. Căci, considerându-se ca atare valoarea nutritivă a diverselor alimente — precizată ştiinţific şi matematic, cu cântarul — s'a conchis că un aliment este cu atât mai nutritiv, cu cât este mai bogat în albumină; iar pentru obţinerea ei, în loc să se consume enorma cantitate de cartofi sau alte vegetale, toată lumea a recurs la carne. Dogma albuminei a ajuns la un moment dat să predomine, iar carnea a devenit baza dieteticii medicale, şi carnea a fost chiar intitulată „regina alimentaţiei". Imediat după ea, au fost preţuite: laptele, brânza, ouăle, etc., pe când legumele — verdeţurile, în genere — au fost considerate ca un simplu ornament sau anexe fără nicio valoare nutritivă. S'au întocmit tabele indicând conţinutul în albumină, grăsime şi hidrocarbonate al diverselor alimente şi al caloriilor pe care le produc; iar consumatorii din anumite restaurante nu-şi mai alegeau mâncarea în raport cu punga, ci o calculau după calorii. Ca să-şi procure cât mai multe calorii — adică să fie cât mai voinici şi mai sănătoşi, — unii oameni s'au dedat la prânzuri sardanapalice sau neroniene, contra cărora s'a ridicat şi Nietzsche în scrierea sa „Gegen die schlechte Diät".

Aşa s'a născut credinţa în nevoia supraalimentaţiei, care mai dăinueşte încă în multe locuri.

Dar entuziasmul lumii — sau, mai bine zis „moda" — n'a putut să dureze mult în faţa constatării că porcul nu se îngraşe cu

carne, că nici papagalul nu consumă carne şi totuşi trăeşte sute de ani, iar calul — animal eminamente ierbivor — nu este nici mai mic, nici mai puţin energic decât atâtea carnivore.

In faţa acestor întrebări — simple dar neînlăturabile — cercetătorii au reluat calea şi între anii 1902—1905 fiziologul Russel Chittendem a dovedit — vedeţi, toţi dovedesc — că chiar jumătate din albumina tabelei-standard a lui Voigt este ultra-suficientă pentru nutriţie, adică pentru refacerea celulară şi pentru desvoltarea energiei necesare. Ba încă, acelaş autor a constatat că împuţinând cantitatea de albumină în alimentaţie, în timp de 9 luni s'a vindecat de reumatismul care-l chinuise multă vreme.

Aproape în acelaşi timp însă, danezul Mikkel Hindhede — o mare autoritate în materie — dovedeşte că, pentru a întreţine viaţa, ajunge chiar un sfert din cantitatea de albumină indicată de Voigt, şi că aceasta se poate obţine din cartofi sau din grâu. Iar Alexander Haig a arătat rolul nefast pe care-l joacă excesul de carne în producerea boalelor inimii şi vaselor, în migrenă, etc..

De altă parte, fiziologul Rubner — de care mai pomenii — a dovedit că chiar laptele matern — care este atât de necesar creşterii — produce numai 7,3% calorii, şi că omul crescut nu foloseşte decât 4% din albumina ingerată, pe când restul de 96% serveşte tot ca material de ardere pentru producerea energiei, ca şi hidrocarbonaţii. Tot el a mai arătat că, dacă se introduc mai multe calorii decât sunt necesare organismului, acestea se pierd inutil, constituind o adevărată povară. Ba încă, el ajunge la concluzia că dintre cele 3 elemente fundamentale, albumina este cel mai nefavorabil pentru ardere, fiind cel mai puţin energetic. Printr'o comparaţie plastică s'a spus că „albumina este un cărbune greu care strică soba" şi că nimic nu justifică un consum mai mare de 50—70 gr. de carne pe zi. Iar George Crile a conchis că albumina ar avea în corp numai rolul explosiv, făcând oficiul capsei de proectil, pe când celelalte elemente — grăsimea şi hidrocarbonaţii — ar îndeplini rolul pulberii.

Iată dar reversul medaliei ce se bătuse în onoarea albuminei şi pentru preamărirea consumului de carne.

Din toate aceste cercetări au rămas totuşi, ca fapte câştigate pentru ştiinţă: „că în alimente există patru elemente fundamentale folositoare: albumină, grăsime, hidrocarbonaţi şi săruri; că din aceste esenţe alimentare, albumina foloseşte pentru refacerea celulară; că excesul ei se arde împreună cu grăsimea şi hidrocarbonaţii, a căror ardere produce energia, iar căldura degajată ar fi oarecum în raport cu intensitatea arderilor sau cu energia desfăşurată; că surplusul de materiale nearse constituie „rezervele alimentare" care se consumă în caz de lipsă a împrospătării; şi — fapt neîndoios — că diversele alimente au o valoare nutritivă diferită".

N'a trecut însă mult timp şi — faţă de contradicţiile amintite, dar mai ales faţă cu o seamă de alte observaţii deadreptul deconcertante, — învăţaţii au fost nevoiţi să se întrebe dacă prin

BCU Cluj / Central University Library Cluj

această analiză sau dozare a alimentelor s'a descoperit tot secretul nutriţiei propriu-zise.

Căci. Incă din timpul Cruciadelor — de acum aproape 1000 de ani — se observase scorbutul, care a fost poreclit „teroarea marinarilor", dar nu se făcuse nicio legătură între această boală şi felul alimentării de-atunci a marinarilor.

Ba chiar în timpul cercetărilor pe care le-am amintit — sau, mai precis, în anul 1897 — Eijkmann (din Batavia) a semnalat boala „beriberi", apărută la mii de indivizi care se hrăniseră numai cu orez decorticat. De altă parte, Möller şi Barlow au observat boala care a fost botezată chiar cu numele lor, la sugarii hrăniţi numai cu lapte sterilizat; iar Bunge (din Basel) a constatat că o serie de şoareci, pe care-i hrănise cu un fel de lapte preparat din toate elementele de mai sus, au murit, ca şi când nu li s'ar fi dat niciun fel de hrană.

Observaţiile de acest gen înmulţindu-se, s'a conchis — cu drept cuvânt — că, în afară de cel desvăluit până atunci, trebue să mai existe alt secret al nutriţiei propriu-zise; şi, cercetătorii au pornit în căutarea acelui „ceva" care imprimă unor alimente o valoare nutritivă, calculată în calorii. Rezultatele obţinute au fost cu totul diferite, căci animalele din grupa celor hrănite cu produse de-ale porumbului au rămas sănătoase, pe când animalele din celelalte trei grupe — hrănite numai cu grâu, cu ovăz sau cu alte amestecuri — au prezentat o seamă de turburări ale sănătăţii: laptele vacilor s'a împuţinat şi puterea de reproducţie a taurilor a scăzut.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe baza acestor cercetări — făcute între anii 1906 şi 1911 — amintiţii medici au întărit concluzia că hidrocarbonaţii se ard mai uşor decât albuminoidele şi, ca atare, sunt mai utili pentru păstrarea sănătăţii. Ei au mai descoperit însă că, ceea ce deosebeşte alimentele între ele — făcând pe unele mai prielnice, iar pe altele mai neprielnice, — sunt acizii aminici, pe care-i cuprind în proporţii deosebite, dar care lipsesc complect din alte alimente.

La aceste experienţe s'au adăugat în curând altele, care au dovedit că dacă se întrebuinţează numai anumite părţi din alimente — de pildă: numai miezul făinos al bobului de grâu, sau numai zahărul din sfeclă, sau numai carne muşchi, sau numai carne conservată, — se produc diverse turburări ale sănătăţii şi, ca atare, este preferabilă întrebuinţarea alimentului integral şi nesterilizat.

Iată dar cum s'a ajuns la convingerea că, pe lângă elementele de care vorbeam, alimentele mai conţin încă o substanţă activă, sau principiu care reglează nutriţia şi asigură însăşi viaţa.

Această substanţă, — fără de care nu este posibilă nici creşterea, nici înlocuirea sau compensaţia, nici reproducerea, nici vreo altă activitate vitală, — a fost descoperită abia în 1914 de către Casimir Funk, care a numit-o „vitamină".

Existenţa ei a fost confirmată în 1921 prin studiile lui Mc. Carrison, care a hrănit maimuţele cu alimente sterilizate prin fierbere şi a provocat o seamă de turburări, iar mai apoi, prin cercetările lui Mc. Collum, Stepp, Kollath şi atâţia alţii.

Ei au dovedit că vitamina — sau, mai bine zis, vitaminele — se găsesc aproape pretutindeni: în frunze, în fructe sau în seminţe, în tuberculi şi în rădăcini, în laptele matern, etc., iar vecinul nostru György a obţinut premiul Nobel pentrucă a descoperit-o în paprica. De altă parte însă, experienţele lui Bircher Benner au confirmat observaţiile de mai sus, dovedind că vitaminele se distrug — în parte, sau în totalitate — prin fierbere, prin coacerea sau prin prăjirea alimentelor şi, în genere, prin sterilizarea lor. De altfel, se pare că acest neajuns fusese intuit încă de vechii Greci — dacă nu cumva şi de alţii înaintea lor — deoarece a existat concepţia că mâncările artificiate prin foc nu erau plăcute zeilor şi se pedepseau cu turburarea sănătăţii; dar, faptul rămăsese netălmăcit, sau neînţeles — ca atâtea alte povestiri mitologice.

Aspectul problemei nutriţiei s'a schimbat astfel cu desăvârşire, şi mai ales de când George Crile — de care mai pomenii — a arătat că doza acestei substanţe — principiu, sau energie, căreia i s'a zis „vitamină" — depinde de însorirea plantelor şi animalelor, adică de înmagazinarea energiei solare. Această energie solară s'ar afla în ţesuturi, ca şi electricitatea în acumulatori, aşa că organele vegetale ca şi celulele animale ar fi un fel de acumulatori naturali, în care vitamina s'ar păstra ca un val sau o cantitate de lumină; viaţa celulelor, a organelor şi a corpului întreg, se intensifică sau se domoleşte, tot aşa după cum lumina lămpii electrice se accentuează ori se întunecă, sub influenţa intensificării sau a slăbirii curentului electric. De aci înainte alimentul însuşi nu mai este privit ca o simplă materie, ci ca o masă de electroni încărcaţi cu lumină, sau ca o „energie organizată".

Digitized by Canada Libraries Library Corp.

Această concepţie ar concorda oarecum cu deşteptarea sau reînvierea naturii sub influenţa soarelui de primăvară, dacă n'ar fi unele plante care înfloresc şi miroase numai noaptea.

Această ipoteză ar explica oarecum însăşi zburdălnicia de primăvară, şi mai ales ar concorda perfect cu faptul că la început — cât mai este frig — hibernantele — şi în special şerpii — abia se mişcă, pe când, sub influenţa razelor solare dobândesc acea agilitate sau forţă pe care o cunoaştem; dar, se ştie că sunt atâtea vieţuitoare care se moleşesc sub influenţa dogorelii solare şi pot chiar să moară de insolaţie; după cum se ştie, de asemenea, că altele — hiena, bufniţa, ploşniţa etc. — sunt, prin natura lor, active numai noaptea; iar altele — ca sobolul şi anumiţi peşti — nu văd soarele niciodată; ba încă, se ştie bine că untura de gadus morrhua al Nordului este mult mai bogată în vitamină decât aceea a rechinilor Mediteranei, sau a crocodililor Nilului.

Această concepţie vitamino-solară ar explica şi observaţia populară de care amintii: că, vitele sunt mai slabe primăvara, din cauza lipsei de soare şi a puţinelor vitamine din nutreţul uscat; ea mai concordă şi cu observaţia noastră că epidemiile de tifos exantematic isbucnesc mai cu furie la sfârşitul iernei sau la începutul primăverei, iar fenomenul s'ar explica prin adăugirea lipsei

de vitamină şi de soare la acuzata murdărie şi promiscuitate din timpul iernei; ba, unii au afirmat categoric că lipsa de vitamine slăbeşte rezistenţa sau puterea de auto-apărare a organismului şi favorizează apariţia boalelor infecţioase. Dar, nu este mai puţin adevărat că sunt epidemii care isbucnesc în plină vară — când nu se mai poate încrimina lipsa soarelui sau a vitaminelor, — iar de altă parte, noi înşine considerăm soarele ca cel mai bun sterilizant sau ucigător al unor micro-organisme, a căror viaţă poate că nu se sustrage nici ea legilor generale ale biologiei.

Aşa fiind, chiar dacă existenţa sau rolul vitaminei şi influenţa solară sunt incontestabile, mă întreb dacă avem dreptul să credem că prin ceea ce ştim până astăzi putem răspunde valabil la absolut toate întrebările ce se pun în legătură cu „nutriţia".

După 10 ani de cercetări, făcută împreună cu alţi patruzeci de colaboratori, japonezul A. Katase spunea (în 1931), că „plecând dela punctul de vedere că nutriţia este stăpâna vieţii şi a sănătăţii, prima datorie a studiilor medicale este să afle precis influenţa hranei, adică a substanţelor nutritive asupra organismului viu. Numai atunci când se va lămuri acţiunea lor în organismul uman, se va putea stabili o bază (serioasă) profilactică şi un (real) ghid terapeutic".

Iată dar de ce spuneam că nutriţia propriu-zisă este un proces biologic tot aşa de misterios ca şi viaţa; şi de ce adăugam că se confundă cu viaţa însăşi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu voiu adânci mai departe procesul fizio-chimic intim al nutriţiei, căci ar trebui să vorbesc şi de hormoni, de catalisori, de fermenţi, de enzyme etc., — pentru ca la urmă să mă întreb iarăşi dacă şi prin acestea am lămurit integral ceea ce am numit „problema nutriţiei".

Căci, pe lângă elementele care au fost descoperite şi studiate, înţelepciunea populară — rezultată din experienţa mileniilor — a mai adăugat un factor — cel psihic sau moral, adică afectivitatea—, care are mai puţin de-aface cu mâncarea sau cu soarele, ori cu caloriile şi cu vitaminele, şi totuşi nu se poate neglija. Căci, este prea cunoscută zicala că cutare „s'a uscat din picioare" sau că „a murit de inimă rea", sau că „amorezatului nu-i mai trebue nimic". Poporul a observat de mult că „de boală zaci şi te scoli, pe când de dragoste zaci şi mori"; Iar poetul recunoaşte că „turturica, amărâtă, când rămâne singurică nici nu bea, nici nu mănâncă", deşi nu-i lipsesc alimentele. Se spune despre unul că „pune carne cu maldărul, ca un nesimţit", despre altul că „deşi aleargă toată ziua, îi prieşte tot ce mănâncă şi se îngraşă, fiindcă este om bun", iar despre altul se spune că „de rău ce este, îşi consumă carnea de pe el".

Iată deci un element incontestabil, de care ştiinţa nu s'a ocupat îndeajuns şi pe care nu l-a lămurit de loc, dar pe care poporul l-a intuit, şi de aceea recomandau bătrânii să nu citeşti

corespondenţa înaintea mesei, căci poate să afli vreo veste rea, „şi-ţi cade mâncarea ca o piatră la stomac", adică nu se mai mistuie.

In ciuda evidenţei însă, nu încerc să lămuresc nici acest proces, căci descoaserea lui m'ar obliga să expun rolul glandelor endocrine, şi să insist — de pildă — asupra pancreinei, descoperită de românul Paulescu, apoi botezată şi exploatată de alţii sub numele de insulină. Ea m'ar obliga să scarmăn toată fiziologia sistemului nervos al marelui simpatic, care a fost numit de către Pierre Marie „la terre promise".

Adâncirea problemei m'ar obliga să constat că sunt animale asemănătoare, care totuşi trăesc numai în anumite medii, folosind o alimentaţie cu totul diferită şi, ca atare, aşi fi obligat să mă întreb dacă nu cumva, în ciuda asemănării lor exterioare, somatice — cum este aceea dintre ursul polar şi cel Carpatic, sau între peştii de apă dulce şi cei de apă sărată, — nu există totuşi anumite deosebiri din punct de vedere fiziologic sau biologic; dar, mă isbesc de misterul peştilor care trăesc când într'un mediu când în altul; de acela al păsărilor călătoare care trăesc în medii aşa de diferite; de al ţiparului care pleacă din Europa, călătorind prin apă şi pe uscat, spre a se reproduce în apropierea Coastei sud-americane; de-al sardelelor care zămislesc în golful Tulonului, cresc aproape de coasta Marocului şi se duc să fie prinse la Lysa, în fundul Adriaticei; etc..

In această privinţă, judecând după faptul că ierbivorele au un stomac mare, plurilocular, şi un intestin subţire foarte lung (25—30 m.), iar galinaceele au o „pipotă" mică, cu pereţi extrem de groşi; şi, considerând că animalele carnivore au canini puternici şi intestin foarte scurt, sau că şarpele boa-constrictor are articulaţia temporo-maxilară aşa de laxă încât poate să deschidă gura ca să înghită o gazelă întreagă, — trebue să conchidem că tot aparatul digestiv, dela dinţi până la sfincterul anal, ca şi tot procesul nutritiv chimico-energetic, au fost subordonate de creeator domeniului nutritiv ce s'a dat fiecărei vieţuitoare. Dar, în ce priveşte omul — care locuieşte pretutindeni şi foloseşte toate mediile — cine poate să precizeze dacă constituţia lui anatomo-fiziologică a fost întotdeauna aceiaşi ca cea de astăzi — cu un intestin subţire de cca. 8 m. şi unul gros de cca. 1 m. — sau dacă nu s'a adaptat cu timpul; şi, dacă stomacul bilocular, pe care-l constatăm uneori, este o simplă anomalie întâmplătoare, ori este amintirea unui stomac ancestral, plurilocular, ca al ierbivorelor.

Judecând după aparatul bucal, marele naturalist Cuvier a conchis că la început omul se hrănea numai cu fructe; şi tot astfel, Richard Lahne, făcând comparaţie între dantura omului şi acela a animalelor sălbatice, a conchis că, în forma sa ideală, dantura omului are un caracter pur frugivor.

Aceste păreri îşi găsesc confirmarea chiar în Biblie, care spune (în Cartea I a lui Moise): „Vezi, v'am dat tot felul de ierburi, care cresc pe tot întinsul pământului, şi pomi fructiferi

BCU Cluj / Central University Library Cluj

care cresc singuri. Acestea să vă fie mâncarea voastră". Şi, poate că tot astfel ar trebui înţeles pasagiul care ne spune că M-me Eva a oferit lui Adam tocmai nişte mere proaspăt culese, şi nu altceva; dar, nu ştiu cum ar trebui tălmăcit faptul că acea ofertă s'a făcut sub îndemnul vicleniei şarpelui. Aceeaşi carte ne încredinţează că s'a îngăduit acestor primi oameni să mănânce din „toate bunătăţile Raiului", dar nu precizează în ce constau acele bunătăţi, şi nu pomeneşte nimic nici despre felul cum s'a hrănit diversele vieţuitoare din corabia lui Noe. Ulterior însă i s'a îngăduit acestuia „să pună viţă şi să dea vin", iar în altă parte se spune că, pentru primirea fiului rătăcit s'a tăiat mielul cel mai gras. Totuşi, în favoarea părerii lui Cuvier şi Lahne s'ar putea invoca bogăţia şi varietatea fructelor care se succed în cele trei anotimpuri, ca şi viaţa atâtor maimuţe — surori care, întârziind să-şi deschidă restaurante, se nutresc numai cu fructe.

De sigur că nu se poate dovedi când i-a venit omului ideia de a face rezerve sau „mişună", ca şoarecele; dar, este admisibil că, atunci când i-au lipsit fructele, foamea îl va fi determinat să mănânce chiar plantele, şi, poate că aşa s'a creeat proverbul care spune că „de dorul fragilor — sau al cireşelor — mănânci şi cozile".

De asemenea, este admisibil că, în lipsa vegetalelor, foamea — sau, poate mânia — îl va fi împins pe om să atace chiar fiinţele dimprejur — animale sau semeni — fără a cruţa nici pe membrii familiei sale. Iar această ipoteză şi-a găsit o tragică confirmare în epocile de foamete pe care le-am amintit adineauri, — şi chiar acum de curând, în Moldova, unde se spune că, în lipsa de acasă a părinţilor plecaţi după alimente, un băieţel de câţiva ani a muşcat şi a mâncat din fesa surorii sale mai mici.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Indiferent care va fi fost alimentaţia iniţială a omului, şi, indiferent dacă constituţia lui anatomică va fi fost dela început aşa cum este, sau dacă se va fi adaptat în cursul timpului; — sigur este că de câteva mii de ani omul este un omnivor, adică se hrăneşte cu de toate, iar instinctul sau experienţa secolelor l-a învăţat atâtea din cele ce constituie pentru noi descoperiri ştiinţifice.

In această privinţă am spus deja că, încă de multă vreme — de pe când nu era nici pomeneală de „calorii", sau de „vitamine", — oamenii au adoptat anumite norme în consumul alimentelor, — norme, în raport cu felul oamenilor, sau cu mediul în care s'au aflat; iar de altă parte am amintit că, spre a fi mai bine memorate şi respectate, acele norme au fost îmbrăcate în haina preceptelor religioase. La noi, bunăoară, era obiceiul să nu se mănânce mielul înainte de Sf. Gheorghe, nici merele până la Sf. Petru sau strugurii până la Sf. Maria, adică până ce n'au fost bine soriţi şi au ajuns la maturaţie.

Dar, pervertirea gustului — căreia ne place să-i zicem „rafinament", şi care este rudă apropiată cu lăcomia, fără să aibă nimic a face cu adevărata civilizaţie, — ne-a dus la dorinţa de

a mânca mielul la Crăcium, când nu este decât o masă de mucilagiu; iar fructele ne place să le mâncăm la început, când se numesc „trufandale" şi nu se pot obţine de oricine, fără să ne gândim că lăcomia vânzătorului determină culegerea lor înainte de maturaţie, când valoarea lor nutritivă este foarte îndoielnică. Aceeaşi pervertire a gustului ne-a îndemnat să desconsiderăm fructele potrivite nouă, pe care ni le-a dat Dumnezeu din pământul în care am fost aşezaţi, şi ne-a făcut să devenim tributarii atâtor ţări străine — prin importul de ardei graşi din Spania, roşii şi castraveţi din Turcia, apoi banane, portocale, grape-fruits etc. şi mai ales vinuri de pretutindeni, — fără să ne întrebăm dacă beneficiul sanitar al consumului lor echivalează măcar pe de departe paguba materială pe care ne-o produc.

Am tăiat toţi nucii ca să ne facem mobilă luxoasă ori ca să-i vindem; şi în loc să mai exportăm ca odinioară tone de ulei de nucă, am importat „huile d'olives" sau „huile de citrouille" adică de dovleac, iar astăzi jinduim după cel de floarea soarelui. Faima despre abundenţa albinelor în ţara noastră ajunsese aşa de departe, încât de teama lor istoricul Herodot nici n'a îndrăsnit să treacă Dunărea (din Scythia Minor, în Geţia), iar noi, până de curând exportam tone de miere, pe când astăzi abia o mai vedem prin luneta preţului astronomic. Şi, câte alte exemple la fel de triste!

Am împrumutat — ca o distincţie — consumul cărnei putrede, căreia i-am zis „fezandată", iar ca să nu-i simţim adevăratul gust sau miros, am „asezonat-o" cu diverse „sosuri" picante, tot străine: şi, tot ca o distincţie, am învăţat să mâncăm brânzeturile „umblătoare", fiindcă vin de departe, iar ca să le putem înghiţi, le „asortăm" bine cu piper sau cu boia multă. Am râs de „borşul cu tărâţe" al cazărmii, ca şi de „ciorba ţărănească" cu aguridă şi alte verdeţuri, dar ne-am servit cu toată convingerea „eine gute Suppe" sau un „bouillon essentiel".

Sub masca unei compătimiri, s'a râs totdeauna de „sălbăticia" ţăranilor, care mâncau toată iarna mămăligă cu fasole şi cu varză acră, iar primăvara mănâncă foi de ceapă şi castravete verde. Dar, după ce s'a cunoscut bogăţia de vitamine a tărâţelor, din care se fabrică „fitina" dătătoare de putere; după ce am învăţat că inima cepei sau inima de varză — pe care-o savurau ţăranii stropind-o cu ulei de nucă — este ultimul refugiu al vitaminei în curs de dispariţie, — la care o adăugau pe aceea a uleiului, — m'am întrebat: cine avea dreptate? Iar astăzi mă întreb cu strângere de inimă: Câţi mai au putinţa să se îndestuleze măcar cu ceea ce numeau „mizeria" de odinioară a ţăranilor?

Pe vremuri — nu îndepărtate — în loc să ne îngrijim mai întâi să aibă fiece ins strachina şi lingura proprie, s'au trimis misionare care să civilizeze satele, învăţând ţărancele cum să prepare „sosuri", „prăjituri" sau „soufflé-uri", fără să se întrebe cineva dacă au cu ce; iar ca să le apere sănătatea, s'au trimis echipe

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de amatori şi chiar studenţi în medicină — cu leafă bună, fireşte — dar nu s'au găsit mijloacele pentru ajutorarea medicului de circumscripţie. Cu lingura sau cu gavanosul patriotismului, atâţea dihanii cu pieptul de... aur s'au ospătat din sângele ţării. Grijulii ca să rămână destul pentru... dânşii, unii s'au milostivit să recomande prostimei „mămăligă cu ceapă", iar alţi economişti — mai înţelepţi — au poruncit tuturor „să strângă cureaua", adică să-şi pună ştreangul.

De ce s'au petrecut toate acestea aşa cum s'au petrecut? Să cerceteze fiecare dintre D-voastră şi să-şi răspundă.

O judecată superficială ar putea să ne îndemne a spune că aşa a trăit lumea: când mai bine, când mai rău, adică unii mai bine, alţii mai rău, şi totuşi n'a pierit. Şi, este adevărat că n'au pierit cei care au avut ce să mănânce, iar de ştiinţa preparării alimentelor s'au dispensat uşor, fiindcă — după cum remarcă şi învăţatul Bikwood — instinctul animalic sau bunul simţ i-a îndemnat cum să-şi aleagă şi să-şi combine alimentele, folosindu-le mai ales crude, adică pline de vitamine.

Dacă ne apropiem însă ceva mai mult de realitate, ne dăm seama că numai omenirea a fost permanentă — ca şi pădurea — dar oamenii — ca şi copacii — s'au prăbuşit din ce în ce mai repede, iar cei noi au crescut tot mai piperniciţi, şi de aceea pădurea a ajuns aşa cum este.

Din spusa poetului „fie pâinea cât de rea", se vede bine că în ţara noastră s'a trăit mult mai rău, — la propriu şi la figurat; iar rezultatul la care a condus traiul „rău" — sub toate raporturile — ni-l desvălue celălalt poet, care constată că descendenţii mândrilor Daci, ca şi falnicii urmaşi ai Romei, au devenit „nişte răi şi nişte fameni" cărora „omenirii îi e ruşine să le zică oameni"; iar noi, prozaiştii, avem a constata cu mâhnire ce au devenit urmaşii plăieşilor lui Ştefan! Trupul lor s'a micşorat, viaţa li s'a scurtat, iar azi sunt ameninţaţi de stingerea timpurie a multora din ei!

B.C.U. Cluj / Central University Library Cluj

Fireşte că situaţia a fost perfect explicabilă — şi chiar scuzabilă — pentru vremea veche a repetatelor năvăliri, care au distrus, au risipit ori au prădat agoniseala fiecui, iar cel lovit ne mai având rezerve în pătul, nici la el, nici la vecini, a fost nevoit să rabde şi să-şi consume rezervele organice de care am vorbit, adică propria lui carne, ca şi liliacul. Dureros este însă că traiul rău, sau rău înţeles, a continuat — ba, se pare că s'a accentuat în vremea noastră — în pofida civilizaţiei, dela care am luat şi lucruri bune, dar prea multe rele. Dintre acestea, „luxul" rău înţeles, care n'a cruţat nici domeniul alimentar, a devenit o adevărată plagă în evoluţia noastră socială. Nevoia satisfacerii lui — cu implicita dorinţă de avuţie — ne-a dus la o îngrijoritoare relaxare a moravurilor în toate domeniile, iar în cel sanitar am ajuns foarte repede la sifilizare, dar am rămas încă departe de civilizare. In loc de patrioţi, dorinţa de a fi ceea ce nu poţi, sau de a părea ceea ce nu eşti, a creeat mulţi „patrihoţi"; această năzuinţă s'a oglindit de

multe ori în proverbialele noastre ospeţe, dar cele mai adesea ori s'a împlinit în dauna nutriţiei, faţă de care s'a adoptat nenorocita formulă că „nu se vede ce bagi în burtă". Mereu, cu picioarele goale, am alergat după „tichia de mărgăritar", iar gluma unora cu „luxul, râia şi păduchii", a devenit o tristă realitate. Şi, dacă la aceasta se mai adaugă o seamă de alte considerente, ce nu se pot neglija, nu este de mirare că rezultatul la care am ajuns — în ciuda desvoltării serviciului sanitar — este pelagrozarea şi tuberculizarea unora, sau prostituarea altora.

Vedeţi bine cum adâncirea unei probleme de biologie te fură pe nesimţite, ca şi adâncul mării, iar timpul goneşte pe deasupra capului, mai înşelător decât nisipul care-ţi fuge sub picioare.

De aceea, aruncând ancora pe mal, vă rog a-mi permite să constat că chestiunea hranei pare să nu fi luat niciodată în istoria noastră un aspect atât de grav; şi, nu mă refer atâta la cel de astăzi, cât mai ales la acela care ne ameninţă. Să nu ne făurim prea multe iluzii, căci acestea nu conţin nici calorii, nici vitamine, ci să privim realitatea drept în faţă, cu toată hotărîrea pe care o reclamă.

Nu vreau să fiu considerat alarmist şi nu sunt nici economist; dar ca orice „om de pe stradă" mă tem că după îngheţul dela începutul iernei, o eventuală repetare a secetei de astă-vară, sau abaterea vreunui val de lăcuste asupra puţinului de care mai dispunem, va avea urmări catastrofale, prin generalizarea foametei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Să nu uităm că timp de 5—6 ani au fost sustrase dela muncile agricole atâtea milioane de braţe, care au fost la război, şi, ca atare, producţia a fost pretutindeni sub cea obişnuită; iar dacă nu se adaugă alte braţe, ea rămâne micşorată în proporţia celor care nu se mai întorc. De altă parte, să nu uităm că din cauza consumului exagerat şi a distrugerilor din vremea războiului, s'au secătuit rezervele alimentare de odinioară, şi, de aceea bântue foametea prin atâtea părţi. Iar dacă la aceasta se mai adaugă goana după poreclitul „trai bun", care prinde tot mai mult, — sau tendinţa tot mai accentuată către un „trai uşor", adică mai leneş, fără muncă, — înţelegeţi bine că perspectiva viitorului nu este de loc surâzătoare; ba încă, s'ar putea ca cifra victimelor întrevăzută de statisticienii dela O.N.U. să se contureze tot mai negru.

Personal am mărturisit că nu sunt economist, şi de aceea, nici nu întrevăd altă nădejde de salvare decât într'o chibzuită şi frăţească împărţire a puţinului de care vom dispune, dar mai ales într'o încordare a tuturor puterilor de muncă, spre a folosi cât mai mult din ceea ce poate să ne dea buna noastră „alma mater" — natura, — fără să mai aşteptăm obişnuita „pară mălăiaţă". Nu intru în amănunte, dar se ştie că există unele plante — ca, soia — care pot înlocui în bună măsură chiar hrana animală.

Am auzit de atâtea ori oamenii cu... pălărie, afirmând că „există tot ce vrei — şi cât vrei", dar numai la „preţ negru", iar

soluţia n'ar fi — după logica lor — decât micşorarea forţată a preţurilor. Ei nu voiesc să înţeleagă că prăvălia nu este instituţie de binefacere, şi că marfa după care jinduim mai există — câtă mai există — numai din cauza preţului care a făcut-o inaccesibilă mulţimii, căci altmintrelea s'ar fi isprăvit de mult.

Alţii — mai economicoşi la „raţionament" — se mărginesc să conchidă că „există de toate", deoarece ei n'au văzut pe nimeni murind de foame pe drum.

Acestora îmi permit să le atrag atenţia că dincolo de câmpul lor vizual — roz, dar foarte îngust, — este o atmosferă foarte întunecată, care nu trebue neglijată. Pentru aceştia trebue să repet ceea ce spusei: că lipsa de hrană scade şi producţia şi reproducţia, înţelegând prin această compensare sau refacerea celulară. S'a observat în adevăr coincidenţa că unde este sărăcie sunt copii mai mulţi; dar ce fel de copii? Trupuri tot mai mici, mai firave, cu sănătatea fizică şi mintală tot mai şubredă, menite să devină noi sarcini pe spinarea celorlalţi.

In pofida aparenţelor, biologia — pe care o descusui în faţa Domniilor-voastre — ne învaţă că, din cauza lipsei de hrană — a „foamei cronice" de care sufere majoritatea, — moartea parţială macină zilnic nenumăraţi indivizi, pe care-i ucide treptat — cu bucata — prin procesul de „autofagie", adică obligându-i să-şi consume propriile rezerve organice, până ce-i cuprinde moartea totală şi definitivă, prin „inaniţie". Mulţi au făcut „siluetă" fără să vrea, adică au murit cu gramele sau kilogramele pierdute, iar majoritatea clientelei dispensarelor se plânge de „slăbiciune" şi reclamă „injecţii de întărire.

Iată de ce — pentru salvarea prezentului, şi mai ales pentru asigurarea viitorului neamului — se impun toate sforţările, colective şi individuale, ca să ajungem cât mai curând la normalizarea hranei.

Cer iertare dacă v'am obosit, dar am luat asupră-mi ca o datorie să vă desvălui complexitatea procesului biologic al nutriţiei şi să atrag atenţia asupra urmărilor — poate de mulţi nebănuite — ale lipsei de hrană, care preocupă o bună parte a lumii.

Amintii câteva date istorice şi expusei cunoştinţele fiziologice de până azi, dar — pentru a evita orice răstălmăcire — insistai prea puţin asupra laturii sociale, lăsând să o complectaţi fiecare cu ceea ce ştie din experienţa proprie.

Iar acum, amintind afirmaţia pomenitului Mc. Carrison, care atrăgea atenţia încă din 1931 că „în momentul de faţă nu există treabă mai importantă decât grija pentru o cuvenită alimentaţie a populaţiei" — închei cu adăugirea că nu există acţiune mai patriotică decât procurarea hranei, care să asigure neamului refacerea celulară şi energia necesară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lucrări originale

CONSIDERAŢIUNI PATOGENICE ASUPRA TUBERCULOZEI EVOLUTIVE LA BĂTRÂNI

de

D-r GHEORGHE ALEXIU

Medic primar

Articolul de faţă este provocat de câteva cazuri de tuberculoză pulmonară evolutivă la bătrâni, cari toate au sfârşit cu moartea într'un timp foarte scurt. Redăm foile de observaţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Observ. 1-a. — Aparţine unei femei de foarte bună condiţie socială. care, locuind într'un castel din Bucovina, proprietate personală, venea în fiecare vară la Predeal unde, două luni se odihnea şi îşi delecta privirile cu panorama Carpatică. In fiecare iarnă, această doamnă mergea la Viena, pentru a se interna timp de două săptămâni într'unul din sanatorii, cu scopul de a-şi controla sănătatea, control care cuprindea şi aparatul respirator în special pulmonii (ex. clinic şi radiografic), pacienta având 63 ani.

Timp de 4 ani consecutivi, eram obişnuit să o văd sosind în luna Iulie, pentru a locui aceiaşi vilă până la începutul lui Septembrie.

In al 5-lea an, femeia soseşte la Predeal nu ca de obiceiu, ci către sfârşitul lunei Mai.

Chemat fiind să o examinez, aflu că în luna Decembrie a anului trecut, adică la 3 jum. luni după ce părăsise Predealul, ultimul sezon, pleacă, ca de obiceiu la Viena, unde din nou se supune aceluiaşi control general. Examenul clinic şi radiologic făcut de către Profesorul Neumann, arătau cea mai perfectă integritate anatomică a pulmonilor ca şi celelalte 4 clişee făcute la câte un an interval. Femeia nu avusese niciodată vreo manifestare bacilară pulmonară sau altă localizare.

In primăvara aceluiaşi an, în luna Aprilie, adică la 4 luni dela ultimul control radiografic, pacienta face un episod pulmonar acut cu junghi la baza hemitoracelui dr. cu febră, tuse şi expectoraţie. Medicul de casă pune diagnosticul de congestie a lobului superior. Cu tot tratamentul, fenomenele se prelungea în timp. Trei săptămâni de boală şi tratament nu au adus nicio ameliorare. In această situaţie, medicul cheamă în consult un ftiziolog din

localitate, care în urma examenului de spută şi radiografie, pune diagnosticul de pneumonie lobară superioară dr. de natură tuberculoasă.

Pacienta cunoscând realitatea, solicită permisiunea de a pleca la Predeal, fapt pe care medicii îl admit.

La examenul clinic şi scopic, îmi dau seama că procesul a suferit o excavare. Recomand un pneumotorace care nu reuşeşte să decoleze decât baza, fapt care mă determină să-l abandonez.

După două luni de evoluţie, starea generală agravându-se, sfătuesc pe cei din jurul pacientei să părăsească Predealul. Inapoindu-se acasă, sucombă, după alte două săptămâni.

In rezumat, este vorba de o femee în vârstă de 63 ani, niciodată în viaţa ei, nu a avut vreo localizare pulmonară bacilară.

In ultimii 4 ani, toate radiografiile făcute la un intervat de un an, arătau o situaţie pulmonară perfect normală. Toate radiografiile puneau în evidenţă prezenţa unui şancru primar paracardiac. In primăvara ultimului an, face o pneumonie tuberculoasă cu sfârşit letal, după o evoluţie continuă de 4 luni.

Observ. 2-a. — Se referă la o infirmieră în vârstă de 58 ani, care lucra în sanatoriu de 5 ani, fiind cea mai veche angajată din personalul medical auxiliar. In tot timpul s'a bucurat de cea mai perfectă sănătate. Mai mult decât atât, toate controlările radioscopice, făcute în mod periodic la tot personalul inferior care venea în contact cu bolnavii, au fost negative, niciodată neavând ocazia să suspectez o modificare patologică pulmonară, afară de eretificare hilară dr., sequelele unei primo-infecţiuni.

Femeia avea o anchiloză a articulaţiei coxo-femurală dr., organizată cu 40 ani în urmă, în urma unei leziuni osoase(?).

La interval de 3 săptămâni dela ultimul control radioscopic, femeia face o pneumopatie acută a lobului inferior dr.

După două săptămâni de aşteptare, văzând că rezorbţia întârzie, în urma unui examen de spută, diagnosticul de pneumonie lobară dr. bacilară, se impunea. Incercarea de instituire a pneumotoraxului rămâne infructuoasă, din cauza unei simfize pleurale întinse.

După o evoluţie de 3 luni, pacienta sucombă.

Observ. 3-a. — Aparţine unui Colonel în rezervă de 66 ani.

Cu două săptămâni înainte,, în cea mai perfectă sănătate, face un episod gripal febril, cu tuse şi expectoraţie. După 5 zile de boală este examinat de un medic militar rudă cu pacientul, care pune diagnosticul de congestie pulmonară bazală dr.

Tratamentul local şi general, nu aduce nicio ameliorare a evoluţiei. După alte 7 zile, sunt chemat să văd pacientul. Constituţia normală, starea generală bună, păstrând o masă musculară şi grăsoasă destul de desvoltată, cu uşor herpes labial.

La examenul clinic apare un proces de condensare în lobul inferior dr., unde se percepea un suflu tubo-pleural. Tusea şi expectoraţia erau foarte reduse. In antecedente nu a avut niciodată, un episod pulmonar. Toate examenele radioscopice făcute la diferite intervale la Spitalul Militar, nu lăsau niciun dubiu asupra unei stări excelente a pulmonului. Niciodată nu s'a găsit zahăr la urină. R. D. W. negativă în sânge.

In această situaţie rog a se face un examen de spută care arată prezenţa a numeroşi bacili Koch. Repetat examenul sputei la 48 ore, dă un rezultat din nou pozitiv.

Radiografia arată o leziune pneumonică la baza dr., cu cretificări hilare masive. Intenţia de a institui un pneumotorax, a fost irealizabilă din cauza refuzului constant al pacientului.

Maladia a continuat evoluţia cu acel caracter acut. După 3 jum. luni sucombă.

In convorbirile pe care le aveam cu pacientul, am aflat că la el locuia în gazdă un nepot, doctorand în ştiinţele fizico-chimice, care de 4 luni se găsea internat într'un sanatoriu. Cu 4—5 luni înainte de internare, studentul tuşea, slăbea şi apetitul scăzuse.

Contactul cu pacientul se prelungea câteodată seara, când jucau împreună table. Lucrul acesta se întâmpla de 2—3 ori pe săptămână.

Observ. 4-a. — Aparţine unui om de condiţie socială mijlocie, recrutat din clientela de dispensar. Este vorba de un pensionar în vârstă de 62 ani, care în urmă cu 15 ani ocupase funcţiunea de gardian public.

In plină sănătate, ducând o viaţă regulată şi fără lipsuri este prins într'o bună zi de un junghiu puternic sub mamela dr. cu frison urmat de febră. După 3 zile vine la dispensar, unde radiologul descrie o opacitate uniformă, îmbrăcând o formă triunghiulară, cu baze în axila dr., diafragm dr. cu mobilitate redusă, uşor neregulat şi cretificări hilare stg.

Clinic se percep în axilă câteva crepitante şi subcrepitante.

Debutul, ex. radioscopic şi clinic mă face să contez pe o pneumonie sup. dr. de etiologie banală.

După 5 zile de sulfamide, revulsive şi tonice cardiace, fenomenele necedând, revine la consultaţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De data aceasta, starea generală este profund alterată. In plus pacientul prezintă şi o stare sub icterică netă.

Radioscopic opacitatea se întinsese la întregul lob superior dr. cu delimitarea inferioară scizurală. Sgomotele erau mult mai multe şi mai umede. Examenul sputei după alte 24 ore arată prezenţa B. K. în cantitate mare. Anamneza nu descopere niciun puseu bacilar anterior. Tentativa instituirei unui pneumotorace eşuează din cauza simfizei parcelare pleurale. Neputându-se opune o altă terapie mai energică, bolnavul sucombă după 54 zile de boală cu caşexie, icter şi nefrită albuminurică.

In rezumat, este vorba de un lot de 4 bolnavi care la o vârstă cuprinsă între 58 şi 66 ani fac o tuberculoză pulmonară gravă care după o evoluţie puternică, duce în scurt timp la moarte. Două aspecte rare ale tuberculozei pulmonare: a) debutul tuberculozei pulmonare la o vârstă prea înaintată. b) Tuberculoză gravă, evolutivă, mortală la scurt timp dela debut.

Avem tot dreptul să ne întrebăm, dece aceşti bătrâni cari se găseau către sfârşitul vieţii lor, fac, aşa de târziu, o tuberculoză pulmonară, şi dece această tuberculoză îmbracă o formă aşa de gravă?

Pentru a putea răspunde acestei întrebări, va trebui să trecem în revistă toate cauzele cari rupând acel echilibru între infecţie şi rezistenţă, pot declanşa o tuberculoză.

I. Reinocularea exogenă masivă.

Este bine stabilit că un organism care a suferit o primă inoculare bacilară la o vârstă crudă, dacă scapă de perioada de hipersensibilizare, (perioada secundară a lui Ranke), în care timp organismul poate suferi o diseminare fie pe cale limfatică, fie pe cale sanguină, fie pe cale endobronșială, acel organism se va găsi, din punct de vedere humoral, sub imperiul unei stări în care sensibilitatea se împletește cu imunitatea.

Este vorba de starea imuno-alergică pe care o păstrează toată viața, cele mai multe organisme, cei mai mulți indivizi.

Această calitate, această imunitate opune o rezistență contagiunei din afară, inoculării exogene, dar este neputincioasă față de microbii inchistați în complexul ganglio-pulmonar primar sau leziunele pulmonare secundare care au regresat, suferind o transformare fibro-calcară. Pentru acest motiv, această stare a fost Imunitate de supra infecție.

Imunitatea de supra infecție apără organismul de contagiunile accidentale, de contagiunile paucibacilare. Când însă aceste reinoculări exogene sunt masive și repetate, Imunitate de supra infecție, devine dela un punct neputincioasă, așa că organismul invadat, va suferi o tuberculizare.

S'a găsit vreunul din cazurile pomenite în asemenea condițiuni? A fost vreunul din ele expus posibilității unei inoculări masive și repetate? Ancheta întreprinsă nu a putut descoperi niciun focar tuberculos în familiile lor, care ar fi putut constitui sursa unei reinfectări masive.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Colonelului i s'a putut întâmpla o reinocularе exogenă, dar contactul pe care-l avea cu nepotul lui era sporadic, de scurtă durată și nu așa de intim ca să poată duce la contaminare masivă.

Și pentru infirmieră, răspunsul negativ este valabil. In primul rând acestei femei, ținându-se seama de vârsta ei înaintată, i s'a putut încredința un serviciu mult mai ușor, ea fiind afectată pe lângă partea administrativă. (Cancelaria, radiologia, cabinetul directorului etc). Faptul acesta aduce după sine numai un contact accidental cu bolnavii, prin urmare nu putea fi vorba de o contagiune masivă.

In al doilea rând, trebue să recunoaștem că dacă acea contagiune masivă ar fi existat totuși, nu era nevoe să se scurgă atâta timp (5 ani) pentru ca consecințele ei să apară sub o formă atât de gravă.

II. Terenul. Noțiunea de teren, privită sub un unghiu larg, în care intră tot așa de bine hereditatea (Hereditatea distrofiantă a lui Londouzy, Hereditatea de predispoziție a lui Peter, Hereditatea viscerală a lui Turban, Hereditatea vârstei a lui Brehmer și Diateza tuberculoasă a lui Wright și Lewis), ca și unele stări fiziologice periodice și patologice accidentale, poate fi după Prof. Sergent, cauză care să declanșeze o explozie a unei tuberculoze rămase până atunci în stare latentă, independent de noțiunea de „bacil" și „de noțiunea de imunitate".

Lucrul acesta nu poate fi invocat la acești bolnavi, pentrucă nu se poate admite că o cauză hereditară, fiziologică, sau patologică, are nevoe de 60 ani, pentru a-și manifesta prezența.

Toate aceste fenomene, sunt fenomene biologice şi ca ori ce fenomen biologic, ascultă şi ele de marea lege care domină viaţa, de legea îmbătrânirii, de legea consumării şi a modificării calitative.

Or, este greu de admis ca aceste fenomene biologice îşi vor trăda prezenţa la o epocă când întreaga viaţă, totalul fenomenelor biologice, a intrat de mult în faza de declin.

III. Cauze toxico-infecţioase cronice.

Pentru a nu ne opri decât asupra unei singure intoxicaţii cronice care are calitatea de a declanşa o evoluţie a unor leziuni latente, calitative verificată de atâtea ori de clinică, nu vom numi decât Diabetul zaharat.

Nu rare ori se întâmplă ca un Diabetic să sfârşească calvarul unui regim de privaţiuni alimentare şi a celor două injecţii de Insulină care precedau mesele, chinuri cari durau de ani de zile cu o tuberculoză pulmonară.

Această tuberculoză pulmonară survenită la diabetici, are de cele mai multe ori un caracter de cronicitate, cu o evoluţie lentă, apiretică (tuberculoză pulmonară rece a diabeticilor), nu hipertoxică şi evolutivă cum a fost tuberculoza întâlnită la bătrânii pomeniţi.

Afară de aceasta, niciunul din acei pacienţi nu au prezentat într'o epocă a vieţii lor, pousseu diabètic.

In privinţa unor infecţiuni cronice, toţi au afirmat că nicio dată nu au avut o infectare specifică.

IV. Cauze anergisante. Explicaţia trebueşte căutată într'una din cauzele care pot aduce organismelor o modificare a stărilor humorale, în sensul pierderii stării de Alergie şi odată cu ea şi a stării de Imunitate ralativă.

Afară de anergia de virginitate pe care o are orice organism care nu a suferit nicio infectare bacilară, mai putem întâlnim o Anergie accidentală, datorită unor cauze infecţioase. (Febra tifoidă, Pojarul, Tusea Convulsivă). In perioada de stare a acestor maladii, şi după intrarea în convalescenţă, organismul poate prezenta o stare de anergie. (Reacţia la tuberculină, negativă) cu o diminuare sau o dispariţie a stării de Imunitate.

In această perioadă, datorită acestei noui stări humorale, acele organisme pot suferi o tuberculizare, tuberculoza având o alură evolutivă, fie prin aprinderea unor leziuni latente preexistente (Cazul cel mai frequent) (infectarea sau reinocularea endogenă) fie în urma unei reinoculări exogene.

O altă cauză, de ordin fiziologic care poate aduce după sine o stare de Anergie accidentală, este starea de pubertate la băeţi şi fete şi sarcina, naşterea şi lactaţia la femei.

Or, la pacienţii pomeniţi, nici una din aceste cauze nu poate fi invocată.

Cauza trebueşte căutată în însăşi focarul tuberculos preexistent, în complexul primar ganglio-pulmonar care, suferind modificări anatomice, să poată aduce după ele şi o modificare fizio-patologică a acestui focar, modificare care să aducă după ea o dispariţie de lungă

durată, dacă nu definitivă a stării de Alergie şi implicit şi a Imunităţii de suprainfecţie.

Pentru aceasta trebue să revedem care este evoluţia normală a acestor focare şi care este echivalentul humoral al acestei evoluţii.

In mod practic, orice organism se naşte îndemn de orice leziune tuberculoasă.

In cursul vieţii, unii indivizi chiar la vârstă crudă de sugacj, la alţii mai târziu, la vârsta şcolară, iar la alţii şi mai târziu, la vârstă adultă, vor suferi infectarea bacilară.

Fie că această infectare se face pe cale respiratorie (marea majoritate a cazurilor), fie că se face pe cale digestivă (o infimă minoritate, 12%), această primă infecţie va produce o leziune pulmonară care va avea ca mărturie anatomică şancrul primar şi o adenopatie hilară bacilară, constituind ceiace se numeşte Complexul Primar (Ranke).

Din punct de vedere humoral, un organism care nu a fost niciodată infectat cu bacilul tuberculozei, nu va reacţiona la tuberculină; el va avea o stare de **Anergie de virginitate.**

Dela data primei inoculări până la data constituirei leziunei anatomice se va scurge un timp când organismul se va găsi tot într'o stare de anergie pe care R. Debré şi Paraf au numit-o **perioadă Antealergică.**

Odată constituit complexul primar, cutireacţia va vira către pozitiv. Din punct de vedere humoral, organismul se va găsi într'o stare de Alergie (Von Pirket 1907).

Biblioteca Centrală Universitară Library Cluj

Pe măsură ce se desvoltă alergia, organismul va mai căpăta o altă calitate humorală, aceia de **Imunitate relativă** sau **Imunitate de supra infecţie.**

Această imunitate nu poate fi pusă în evidenţă prin prezenţa de anticorpi în sânge şi nici nu poate fi ca atare dozată. Prezenţa ei este trădată numai de starea de Alergie. Imunitatea va naşte odată cu Alergia, va trăi cât ea şi va pieri odată cu ea.

Constituirea Complexul Primar şi apariţia Alergiei şi a Imunităţii formează perioada Primară a lui Ranke.

Să revenim la Complexul ganglio-pulmonar.

Care este evoluţia şancrului primar?

Leziunea primară odată constituită, va avea de ales, din punct de vedere al evoluţiei, una din cele două căi care îi stau la dispoziţie.

a) **Leziunea primară poate evolua către ramoliţie.** Substanţa cazeoasă care formează centrul şancrului primar, va suferi un proces de topire. Odată cu această topire, procesul patologic în evoluţia lui, va interesa pereţii vaselor sanguine sau limfatice şi pereţii bronşiilor putând vărsa un conţinut bacilar fie în curentul circulator, sanguin sau limfatic, fie în arborele respirator. De aici va rezulta o tuberculoză prin diseminare sanguină sau limfatică sau prin diseminare bronşială.

Din fericire, acest mod de evoluţie al leziunei primare este foarte rar. Acelaş proces poate fi marcat şi la nivelul ganglionilor sateliţi.

b) Leziunea primară poate evolua către închistare cu transformarea fibro-calcară ulterioară.

Aceasta este evoluţia cea mai frequentă a leziunei primare ganglio-pulmonare.

Ea se va face în paguba zonei de inflamaţie perifocală a lui Ranke sau zona bordantă, formată din celule limfoide, vase sanguine şi tuberculi miliari (leziuni foliculare cu celule gigante), constituind membrana specifică, şi în paguba zonei de congestie perilezională care nu prezintă decât un proces alveolo-vascular, fără nici un caracter specific, ea rezultând dintr'un proces de iritaţie toxică de vecinătate, constituind membrana nespecifică. Ţesutul pulmonar în afara capsulei nespecifice este complect sănătos. Odată terminat acest proces de inchistare fibro-calcară a şancrului primar şi de invadare a ganglionilor tributari, organismul infectat, va intra în perioada secundară a infecţiei bacilare (Ranke).

Din punct de vedere humoral, organismul se va găsi într'o stare de Alergie, de sensibilitate şi într'o stare de imunitate. In această perioadă, sau cel puţin în prima parte a acestei perioade, ceiace va predomina, va fi starea de sensibilitate (stadiul secundar precoce (Widewitz).

Starea de sensibilitate, starea de alergie pune organismul în pericol faţă de bacilii incluşi în leziunea primară, iar starea de Imunitate relativă, va apăra organismul de noui infecţii exogene, dar va fi neputincioasă faţă de bacilii cari au reuşit să creeze leziunea primară. Pentru acest motiv, ea a fost numită **Imunitate de supra infecţie.** De acum înainte, **întreaga istorie a infecţiunei bacilare va fi sub imperiul acestei stări imuno-alergice.**

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Prezenţa acestei stări imuno-alergice este condiţionată în mod absolut de prezenţa bacililor la nivelul leziunei primare ganglio-pulmonare. Bacilii vor fi „ziditi" cum spun autorii francezi în complexul primar, ducând acolo o viaţă latentă, cu punerea în libertate a unei cantităţi de toxină, suficientă pentru a impresiona organismul.

Câtă vreme organismul va fi impresionat de această toxină, el va răspunde cu acea stare imuno-alergică cu consecinţe enorme pentru restul vieţii individului.

Problema care se pune este următoarea:

Această vindecare a complexului Primar poate fi ea câte odată aşa de completă, aşa de totală, încât organismul, la un moment dat, să nu mai primească nicio cantitate de toxină specifică, fapt care să ducă la pierderea calităţii de a reacţiona la tuberculină, (cutireacţia negativă?).

Aceasta constitue cum spune Popper şi Aubert, punctul unghiular al infecţiei bacilare (Popper şi Aubert: Tuberculino-reacţia şi calcificările pulmonare. Revue de la Tuberculose nr. 4 1936).

Autorii aduc, în susţinerea acestei posibilităţi, o serie de clişee radiografice pe cari se poate vedea cretificări pulmonare şi ganglionare, vestigii de leziuni primare tuberculoase, aparţinând unor indivizi la cari intradermo reacţia la tuberculină este negativă.

Prin urmare aceşti indivizi se găseau în stare de Anergie, prin vindecarea totală a complexului primar, spre deosebire de celelalte stări anergice pe care le-am trecut în revistă. (Anergie pozitivă).

Se pune întrebarea dacă acele focare cretificate conţin sau nu bacili vii, bacili virulenţi. Autorii citaţi aduc în sprijinul afirmaţiei că bacilii din aceste focare cretificate, sunt morţi, statisticele diferiţilor autori cari prin inocularea la cobai a unor porţiuni din aceste focare, au obţinut rezultate pozitive numai în proporţie de 18% (Sergent), 25% Calmette) şi 42% Piccini).

Proforţia variază într'o limită destul de mare, pentru a se putea trage o concluzie. Lucrul acesta mai are nevoie să fie cercetat, el fiind cum vom vedea, de o importantă valoare.

După cele relatate, vedem că sunt organisme cari, vindecându-şi complet focarul ganglio-pulmonar, se vor găsi din punct de vedere humoral, într'o stare de anergie, urmată după cum am văzut, de o dispariţie totală a imunităţii de supra infecţie.

Consecinţa este că, pentru aceşti indivizi, focarele preexistente nu vor mai prezenta niciun pericol; în schimb, infectările exogene, fie ele chiar paucibacilare, vor putea fi pentru ei, punctul de plecare al unor tuberculoze grave, evolutive, ei găsindu-se în aceiaşi stare de receptivitate caşi un organism care nu a suferit niciodată o infectare bacilară.

Or, la lotul de bolnavi de care ne-am ocupat în prima parte, ne putând găsi nicio explicaţie care să justifice declanşarea unei tuberculoze aşa de grave, nu este exclus ca aceşti indivizi, vindecându-şi complet focarul primar, să se fi găsit în acea stare de lipsă a imunităţii de supra infecţie, fapt care să fi creeat o stare de vulnerabilitate excesivă faţă de o nouă infecţie exogenă, fie ea chiar pauci-bacilară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dece aceşti indivizi nu au reacţionat din nou aşa cum reacţionează orice organism tânăr la o primă infecţie bacilară? Dece nu au făcut şi ei din nou un şancru primar şi o adenopatie hilară, cu echivalentul humoral imuno-alergic? Sunt cu totul pentru justificarea pe care autorii pomeniţi o dau acestui fapt. Ei spun: Este adevărat că aceste noui infecţii tuberculoase nu produc leziunea primară a copilului sau a adolescentului, dar nu este mai puţin adevărat că ţesutul pulmonar al adultului şi mai cu seamă ganglionii aparatului respirator, antracozici, fibrizaţi, calcificaţi, nu mai pot avea puterea de reacţie exuberantă juvenilă".

Aş adăuga în plus, că şi calităţile humorale ale unui organism tânăr sunt altele faţă de cele pe care le are un om adult sau un bătrân.

La aceştia din urmă, organismul îmbătrânit, pierde din calitatea de a se lăsa vaccinat. Modul acesta de a vedea va avea importanţă când ne vom propune să căutăm o rezolvare a acestei stări biologice.

Odată cunoscută această ipoteză a patogeniei tuberculozei evolutive la bătrâni, să vedem ce sunt concluziile practice cari decurg.

Primul lucru este acela de a cerceta cu toată atenţia starea de alergie la indivizii în vârstă sau la bătrâni, aici starea de anergie punând probleme mult mai grave decât starea de anergie la copil.

Autorii citaţi se exprimă astfel: „Din punct de vedere practic cercetării alergiei tuberculinice la indivizij adulţj, trebue să se acorde aceiaş valoare care se acordă la copil. In ceiace priveşte indivizii

cari nu reacționează la tuberculină, se va încerca vaccinarea sau revaccinarea cu B. C. G. cu scopul de a întreține alergia".

Sunt cu totul de aceiași părere, mai cu seamă la indivizii unde cu ocazia unui control radioscopic apare și leziunea primară calcificată.

La acești indivizi, dacă constatăm și o intradermo negativă, va trebui să facem toate eforturile pentru a-i readuce într'o stare de alergie, pentrucă altfel, ei sunt în permanent pericol față de o nouă infecție tuberculoasă exogenă.

Punctul opus cu autorii citați, este atunci când va trebui să alegem calea, mijlocul cu ajutorul căruia să putem declanșa din nou o stare de alergie.

Calea vaccinală, B. C. G.-ul, cred că se va lovi de aceleași stări de îmbătrânire tisulară și humorală, pe cari autorii singuri le recunosc ca fiind cauze pentru care acești indivizi nu mai pot reacționa așa cum reacționează organismele tinere la o primă infecție bacilară.

Vaccinarea Calmette va rămâne cu multă probabilitate fără efect.

Fără discuție însă, lucrul merită să fie încercat.

Rămâne să privim lucrurile și prin altă prismă.

Popper și Aubert aduc în sprijinul ipotezei dispariției baciliior din leziunea ganglio-pulmonară primară statisticele pomenite.

Aceste statistici, după cum am spus, ne fiind concludente; putem admite o altă ipoteză; aceia a complectei izolări a focarului primar, a bacililor incluși în masa lui.

Putem admite că acea transformare fibro-calcară pe care o suferă leziunea primară în cazul unei evoluții favorabile, să meargă până acolo încât izolarea bacililor ce se găsesc la nivelul ei să fie complectă de restul organismului, ei putând duce mai departe o viață latentă, dar produsele toxice, tuberculinice, cari ar rezulta din aceasta sau să fie în cantitate prea mică, fapt care să nu mai impresioneze organismul, sau să nu mai poată ajunge în circulație. Cu alte cuvinte, bacilii să continue să trăiască în acele focare, dar zidirea lor să fie complectă.

Admițând acest lucru este normal să ne întrebăm dacă injectând o cantitate de tuberculină, nu vom putea determina din nou un grad de activitate suficientă a bacililor incluși în masa calcară, activitate care ar avea ca rezultat punerea în circulație a unei cantități de toxină bacilară suficientă pentru ca organismul să redevină alergic și deci și imun sau o modificare a procesului de închistare care să-l facă permeabil unei toxine pe care bacilii în mod normal o pun în libertate în timpul unei vieți latente, știut fiind că imaginile calcificate vizibile în mod net la radioscopie, sunt susceptibile la modificări în sensul că mobilizează o parte din calciu, câte odată până la a-l pierde complet, modificări survenite în timpul unei activități la nivelul acelor focare.

Pornind cu aceste două ipoteze, metoda de lucru pe care ne propunem să o urmăm va fi următoarea.

Cercetarea stării alergice la oamenii în vârstă cu ajutorul reacției lui Mantoux.

Indivizilor găsiți anergici li se va repeta intradermo-reacția la

un interval de 12—14 zile. Vor fi considerați anergici numai cei cari și la reacția de probă vor dovedi o lipsă de alergie.

Acest lot de indivizi va suferi un control radioscopic și în măsura posibilului și radiografic, fiind reținuți numai cei cari prezintă aspecte indubitabile de leziuni ganglio-pulmonare primare cretificate.

Ei vor fi împărțiți în două grupe.

Unei grupe i se va administra vaccinul B. C. G. după tehnica indicată de Institutul Cantacuzino.

După timpul necesar, acești indivizi vor suferi din nou controlul, tot cu ajutorul reacției Mantoux.

La cea de a doua grupă, indivizii vor fi supuși unei serii de injecții ce sol. tuberculină, în doze crescânde, avându-se în vedere eventualele reacții generale și perifocale.

După o pauză de 14—20 zile dela ultima injecție, ei vor suferi acelaș control al stării alergice.

Este locul să spun că tuberculina nici nu imunizează, nici nu sensibilizează organismul; cel mult putem avea o intradermo-pozitivă, atât timp cât tuberculina nu a fost eliminată din organism. Pentru acest motiv un nou control al alergiei, nu va fi făcut decât după 12—14 zile dela ultima injecție cu tuberculină, deoarece admitem că în acest interval de timp organismul s'a putut debarasa de tuberculina injectată sub-cutan.

In cazul când, în urma acestui procedeu vom putea readuce indivizii într'o nouă stare de alergie, pe lângă faptul că ipoteza patogenică apare ca verificată experimental, vom aduce și un serviciu mare acelor indivizi, deoarece i s'a putut creea din nou acea stare de rezistență care să-i pună la adăpost de eventuale contaminări exogene.

Intr'un viitor articol voi comunica rezultatele și concluziile.

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

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA ICTERULUI LA SIFILITICI

de

D-r M. MUNTEANU și **D-r N. FRANDIN**

(Partea II)

1. Din observațiunile prezentate de noi, se constată că dintre icterele apărute la sifilitici, numai icterul sifilitic primar și icterul sifilitic secundar benign, au o simptomatologie aparte, care permite în majoritatea cazurilor recunoașterea lor. (Obs. I și VII).

2. In ceea ce privește icterul paraterapeutic, uneori natura lui poate fi recunoscută. (Obs. II-a).

De cele mai multe ori însă, niciuna din teorii: toxică, sifilitică, mixtă, biotropică şi nici noţiunea de intoleranţă hepatică nu satisfac.

Câteodată icterul paraterapeutic este interpretat ca un simplu icter infecţios de natură gastrointestinală. (Obs. III-a).

3. In aplicarea tratamentului arsenical se va ţine seama de doi factori:

a) **De natura icterului:** In icterul sifilitic se va permite utilizarea neosalvarsanului după câteva injecţii preparative cu cianură de mercur. (Obs. I şi VII); în icterul biotropic indirect, de asemeni se va permite continuarea tratamentului arsenical.

Icterul toxic contraindică formal utilizarea preparatelor arsenicale;

b) **De gradul de insuficienţă hepatică şi de puterea pexică a ficatului,** apreciată atât prin simptomatologia clinică cât şi prin reacţii de laborator.

In faţa acestor tablouri clinice ne punem întrebările: în ce raport stă raportul icterului cu infecţiunea sifilitică?

Evoluţia lor, concomitentă constitue numai o simplă coincidenţă sau există vre-o legătură cauzală între icter şi sifilis?

In afară de sifilis mai intervin şi alţi factori în declanşarea icterului? Dacă nu toate icterele, apărute la sifilitici au acelaş substrat etio-patogenic, atunci care este atitudinea noastră terapeutică, în fiecare caz în parte, ţinând seama de existenţa icterului şi a infecţiunii sifilitice pe acelaş bolnav?

In ce priveşte prima chestiune, a raportului dintre icter şi sifilis se pot prezenta trei eventualităţi:

I. Un icter poate evolua numai concomitent cu infecţiunea sifilitică, fără să aibă nicio legătură cauzală cu ea. Este icterul prin coincidenţă.

II. Poate fi rezultatul unei acţiuni directe a însăşi treponemei, înainte ca bolnavul să fi primit vreun tratament. Este icterul sifilitic.

III. Sau poate apărea numai în urma administrării unui tratament antisifilitic, (mai ales arsenical). Este icterul paraterapeutic.

Să luăm fiecare eventualitate în parte.

I. — Icterul prin coincidenţă, evoluiază în acelaşi timp cu infecţiunea sifilitică, fără însă să aibă vre-o legătură cauzală cu ea. Poate apărea în proporţie foarte mică (de 0,5%), în toate perioadele sifilisului tratat şi netratat.

Etio-patogenia lui este foarte diferită (hepatita, litiaza, cataral, cancer al capului pancreasului etc.). Neavând vre-o legătură cu studiul nostru de faţă, nu ne ocupăm de el, deoarece se găseşte cu competinţa studiat în orice tratat de medicină internă. Vom reveni însă cu câteva cuvinte asupra acestui icter cu prilejul studiului tratamentului.

II. — **Icterul sifilitic,** rezultă din acţiunea treponemei

asupra organismului. Statistica lui Werner din 1897 dă pe 15799 cazuri de sifilis un număr de 51 de ictere. Favre arată că această cifră a crescut dela introducerea în terapeutică a preparatelor arsenicale.

Apariţia icterului sifilitic a fost obervată încă din sec. XVIII-lea. Astruc, Van Swieten, Rosen von Rosenstein şi Fabre, menţionează că unii bolnavi sifilitici fac icter, dar l-au socotit ca o coincidenţă sau emotiv. De abea după confirmare prin proba terapeutică a fost interpretat ca icter sifilitic.

A fost descris în amănunţime de Ricord şi Reyer, iar Dietrich, Rokitansky, Gubler, Virchow, Frerichs şi încă alţi numeroşi cercetători au lărgit cunoştiinţele făcând autopsii şi descriind leziunile sifilitice ale ficatului.

Se întâlneşte în toate trei perioadele sifilisului fiind denumit după perioada în care apare, icter sifilitic primar, secundar, sau terţiar.

A) **Icterul sifilitic primar**, este menţionat în literatură, ca cel mai puţin frecvent între icterele sifilitice. Probabil că de cele mai multe ori nu este diagnosticat la timp.

Semnalat de către Louste a fost descris pentru prima oară de către Milian [1]) în anul 1920, sub numele de icter sifilitic primar (preserologic) prezentând trei observaţiuni.

Tot în Franţa au apărut apoi publicaţiile asemănătoare a lui Chatellier şi Bonneterre [2]), Gastou şi Tissot [3]), Nicaud [4]), Levine [5]), iar în Germania a fost menţionat de către Lasch [6]) Buschke [7]), Kapuscinsky [8]) şi Organska [9]).

In literatura noastră apare în 1922, cazul descris de Cristea şi Blumental [10]), urmat în 1925 de acel al lui Sărăţeanu şi Blumental [11]). Recent, unul din noi [12]), a prezentat o observaţie, în care a insistat asupra faptului că icterul sifilitic primar se întâlneşte mai frecvent decât se găseşte menţionat în literatura medicală, dar probabil că nu este diagnosticat la timp.

Tabloul clinic al icterului sifilitic primar, este ca şi acela al icterutului sifilitic secundar benign, pe care-l vom descrie de îndată, cu singura deosebire că evoluiază concomitent cu un şancăr sifilitic, diagnosticat clinic şi ultramicroscopic, iar reacţiile în sânge: B. Wassermann, Meinicke, Citochol, etc., sunt negative în momentul apariţiei icterului.

Milian descrie un caz în care icterul a precedat cu două zile apariţia şancărului.

Observaţia VII-a, a noastră, ar putea fi interpretată ca un icter sifilitic primar, deoarece icterul a apărut la o săptămână după ivirea şancărului, când poate reacţia B. Wassermann în sânge era încă negativă. Ea a fost găsită pozitivă cu două săptămâni mai târziu după apariţia icterului.

Toate cazurile de icter sifilitic primar menţionate în literatură ca şi acesta descris de noi acum, au avut o evoluţie rapidă şi benignă. Tratamentul Novarsenobenzolic a fost bine tolerat, iar icterul a beneficiat de pe urma lui.

B) **Icterul sifilitic secundar**, a fost descris de Fournier [13]) ca

fiind ceva mai frequent la femei. După Gubler, Lancereaux, Ricord şi Fournier, ar reprezenta 95% din numărul icterilor sifilitice.

După mecanismul de producere icterul sifilitic secundar poate fi: 1. de natură hepatică şi 2. hemolitic.

1. **Icterul sifilitic secundar de natură hepatică**, îşi are originea în acţiunea spirochetei directă sau indirectă asupra parenchimului hepatic.

Gh. Fouquet[14]) afirmă că localizarea sifilisului pe ficat este mai rară decât pe sistemul nervos, însă mai frecventă decât pe rinichi şi splină. Această localizare s'ar observa mai des la femei decât la bărbaţi.

Alberto Midana şi Luigi del Grande[15]) cercetând funcţiile ficatului la luetici cu manifestări clinice secundare, prin metoda hipercetonemiei provocate a lui Dominici şi Oliva, găseşte pe 13 bolnavi, la 8 proba normală, iar la 5 înregistrează variaţii foarte importante, care au dispărut după aplicarea tratamentului antisifilitic. Ei deduc din aceasta că în sifilisul secundar, spirocheta atinge celula hepatică şi o alienează, fără ca să se observe manifestări clinice evidente din partea ficatului.

Urmează că apariţia icterului n'ar face altceva decât să pună în evidenţă o insuficienţă hepatică latentă, de natură sifilitică.

Cum dela un moment dat, în cursul insuficienţei hepatice latente, apare icterul? Prin ce mecanism?

Cea mai veche teorie cunoscută sub numele de teoria mecanică externă, susţinută de Lancereaux, Ricord, Quincke şi Rollet, presupune că icterul ar fi datorit unei compresiuni a canaliculilor biliare de către ganglionii sifilitici hipertropiaţi, (icter prin reţenţie).

Teoria mecanică internă este susţinută de către Gubler, care crede că icterul s'ar datori unui exantem al căilor biliare asemănător cu cel cutanat.

Finger socoate icterul sifilitic secundar ca un rezultat al acţiunii toxinei spirochetei, iar Mauriac şi Fournier, incrimineazâ însuşi virusul. In ambele aceste cazuri, s'ar produce o inflamaţie, de natură sifilitică, a căilor biliare, ce ar duce la obstrucţia lor.

Gaucher, crede că acest icter ar fi datorit unei insuficienţe hepatice, care la rândul ei ar fi produsă de o infecţie ascendentă, provenită din intestin şi grefată pe un ficat devenit dificient prin invazia spirocheţilor.

Dornescu Calciu Emilia[16]) se raliază acestei păreri. Studiind insuficienţa hepatică prin hemoclazia digestivă a lui Widal, ajunge la concluzia că icterele ivite odată cu manifestările sifilitice secundare sunt de natură sifilitică. Aceste ictere, par a fi disociate, de oarece sunt datorite unei insuficienţe parţiale a celulei hepatice, ficatul nefiind lezat în totalitatea funcţiunilor sale. Tratamentul antisifilitic le face să dispară rapid.

Din punct de vedere clinic se descriu icterului sifilitic secundar hepatic două tablouri: a) Icterul sifilitic secundar benign şi b) Icterul sifilitic secundar grav.

a) Icterul sifilitic secundar benign descris de Fournier existent

mai frecvent la femei, poate să apară imediat, la începutul perioadei secundare sau numai 5—7 luni mai târziu.

Simptomatologia este la fel cu aceea a icterului infecţios benign de origină gastro-intestinală. Are caracteristice: coloraţia galbenă, puţin intensă sau de intensitate mijlocie a pielei, conjunctivelor şi mucoaselor; este concomitent de obiceiu cu leziuni sifilitice secundare evolutive. Evoluiază rapid afebril sau cu temperatură puţin ridicată rar ajungând la 38°—38°5.

Dispare tot aşa de, repede după cum a apărut, mai ales sub influenţa tratamentului antisifilitic. Este aşa cum expresiv îl numeşte Fournier „en feu de paille". Câte odată, aceste forme se pot prelungi şi mai multe săptămâni sau chiar luni (Mauriac) şi poate da uneori şi recidive.

Tulburările gastro-intestinale, lipsesc sau sunt minime (uşoară anorexie şi greaţă, uneori vărsături, obişnuit constipaţie). In acest din urmă caz debutul capătă aspect insidios. Materiile fecale sunt decolorate. Ficatul de obiceiu este mărit de volum şi sensibil la presiune; însă de multe ori este normal şi insensibil.

Splina — obişnuit — este mărită de volum. Urina este de culoare roşie închisă. Conţine pigmenţi şi acizi biliari, iar uneori şi albumină. In perioada de declin Brulé remarcă disociaţia pigmento-cholalică. Semnele de intoxicaţie biliară (bradicardia, pruritul), lipsesc sau, când există, sunt foarte atenuate.

Starea generală este bună. Uneori însă aceşti bolnavi prezintă o astenie marcată şi o stare de anemie pronunţată.

Evoluţia icterului sifilitic secundar benign, ca şi prognosticul lui, este întotdeauna bună. Ea este scurtată prin administrarea tratamentului antisifilitic, dar se poate vindeca şi spontan.

Anatomie patologică. Din punct de vedere anatomo patologic, probabil că s'ar produce în cursul acestui icter o hepatită difuză, care interesează unele elemente ce intră în constituţia parentimului hepatic şi mai ales celula hepatică însăşi, care este foarte fragilă şi frecvent atinsă de multe infecţiuni şi intoxicaţiuni.

Diagnostic diferenţial se face cu: 1. Icterul catarral, care este precedat de faza preicterică a lui Chauffard, iar în urină se găsesc pigmenţi biliari şi câte odată glucoză. Este însoţit de prurit şi bradicardie. Ficatul este uşor mărit de volum şi dureros.

2. Icterul infecţios benign de natură gastro intestinală, apare cu fenomene brutale de infecţie, frison, febră, hipertrofia ficatului şi a splinei.

3. Icterul lui Weil, dă recidive. Se produce o vindecare aparentă după care simptomele reapar.

4. Litiaza biliară de obiceiu apare la femei tinere iar icterul se instalează după o colică hepatică şi este variabil în intensitate.

b) Icterul sifilitic secundar grav, este mult mai rar decât precedentul. A fost descris tot de Fournier.

Simptomatologia de debut nu se deosebeşte de aceea a icterului sifilitic secundar benign. In loc însă să evolueze ca acesta din urmă spre vindecare, fenomenele morbide se exagerează. Icterul şi

fenomenele gastro intestinale cresc în intensitate şi în curând apar semne de insuficienţă gravă hepatică (hemoragii cutanate, epistaxis, gingivoragii, hematemeză, melenă, metroragii), semne de impregnaţie toxică din partea sistemului nervos (agitaţii, convulzii, delir), la care se mai adaogă şi semne de insuficienţă renală, (anurie, olygurie, albuminurie, azotemie, dyspnee).

Ficatul şi splina sunt hipertrofiate.

Evoluţia acestui icter este fatală; duce aproape întotdeauna la insuficienţă hepatorenală, şi coma, iar formele supra-acute se termină rapid prin moarte.

S'au citat şi cazuri de icter grav vindecate. Probabil însă că atunci au fost de altă natură, căci Tzanck şi Cochin[17]), studiază observaţiunile de icter grav sifilitic din literatură şi ajung la concluzia că în cursul sifilisului apare icter dar este benign. Dacă icterul este grav, nu este de natură sifilitică.

2. **Icterul sifilitic secundar hemolitic**, este o formă clinică rară.

Simptome clinice, caracteristice, se descriu următoarele:

a) Icterul, care predomină tabloul clinic.

b) Simptome de anemie, cu diminuarea numărului globulelor roşii (dar nu aşa de mult şi grav ca în icterele hemolitice de altă natură), cu microcitemie, policromatofilie, poichilocitoză şi apariţia de hematii granuloase, voluminoase.

c) Scăderea rezistenţei globulare.

d) Materiile fecale sunt hipercolorate (din cauza pleiocromiei).

e) In urină lipsesc sărurile şi pigmenţii biliari. Deasemeni lipsesc şi semnele de impregnaţie toxică (bradicardie şi pruritul).

Evoluţia acestui icter este rapidă, durează 2—3 săptămâni şi fără puseuri.

Pronosticul lui este cel mai bun dintre toate icterele sifilitice.

Din punct de vedere patogenic, acest icter nu-şi are origina în ficat sau participarea ficatului (numai uneori mărit de volum) la constituirea procesului morbid este infimă. Treponema lezează mai ales ţesutul reticulo-endotelial şi splina (care se hipertrofează), iar globulele roşii îşi pierd caracterul lor normal, devin mai fragile.

Prin simptomatologia caracteristică, menţionată, se deosebeşte uşor de icterele hepatice, iar efectul salutar al tratamentului antisifilitic arsenical, de care beneficiază 100% — îi confirmă originea sifilitică.

C) **Icterul sifilitic terţiar**, îmbracă diferite aspecte clinice. Insoţesc hepatitele sifilitice şi formează simptomul principal.

Maladiile actuale sau anterioare ale ficatului, cum sunt icterele infecţioase sau toxice, paludismul, alcoolismul (având acţiune debilitantă asupra organismului), creiază un „locus minoris rezistentiae" pentru instalarea leziunilor terţiare sifilitice.

Ca forme clinice se descriu:

1. **Ciroza hipertrofică a lui Hanot, cu icter cronic de natură specifică.** Este cea mai des întâlnită şi analoagă cu acelaş sindrom nespecific.

Apare la cca. 10—15 ani după infecţie, prin coloraţia galbenă-murdară, permanentă a tegumentului, mucoaselor şi conjunctivelor, co-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

loraţie, care se accentuiază în cursul acceselor febrile ale boalei. Urina conţine urobilină. Scaunele sunt puţin decolorate sau normale. Ficatul este mare, dur şi regulat. Splina este şi ea mărită de volum, creşterea ei evoluând în pusseuri.

Câteodată apar tulburări gastro-intestinale care sunt: greaţa, vărsăturile, diaree alternând cu constipaţie. Nu se găseşte nicio modificare sanguină. Evoluţia icterului este rapidă.

Ca tratament, este cu totul indicat tratamentul antisifilitic, deosebind-o astfel de ciroza lui Hanot, nespecifică.

2. **Icterul sifilitic terţiar prin retenţie** este datorit obstrucţiei canalelor biliare prin adenopatie, gomă sifilitică sau bridă perihepatică. Are caracterul icterului mecanic prin retenţie, cu colurie şi decolorare prelungită a materiilor fecale. Ficatul este mărit de volum, neted, foarte rar „ficélé"..

Diagnosticul diferenţial se face cu cancerul capului pancreasului, litiaza biliară, pancreatita cronică şi este rezolvat prin administrarea tratamentului antisifilitic.

3. **Icterul sifilitic terţiar hemolitic**, semnalat de Gaucher şi Chauffard, îmbracă tabloul clinic al icterului sifilitic secundar hemolitic, însă spre deosebire de acesta din urmă este durabil şi rezistent la tratamentul antisifilitic, care poate să producă câte odată chiar şi recrudescenţe.

Mai rămâne de discutat valoarea reacţiei B. Wassermann în sânge şi folosul pe care-l aduce ea în stabilirea diagnosticului etiologic al icterului.

In lipsa altor semne clinice de sifilis, o reacţie B. Wassermann pozitivă în sânge ne face numai să bănuim natura specifică a icterului deşi, după cum am văzut, coexistenţa icterului şi a infecţiei sifilitice poate să fie o simplă coincidenţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Excluzând infecţiunile nespecifice, care pot da un Wassermann pozitiv şi confruntând-o cu alte reacţii pentru sifilis (Mainicke, Kahn, Citochol etc), pozitivitatea reacţiei B. Wassermann în sângele unui icteric, ne-ar putea îndreptăţi să credem icterul în legătură cu infecţia sifilitică"[18]) (Uscat).

Prof. Haţieganu[19]) afirmă că examenul clinic va fi determinant în diagnosticul sifilisului visceral, a cărui sancţiune o poate da proba terapeutică. Diagnosticul trebue făcut numai de medic şi nu de laborator.

Castaigne[20] însă este de părere că oridecâte ori, când în cazuri de icter R. B. Wasserman este pozitivă în sânge, întotdeauna sifilisul este cauza, căci icterul este incapabil, numai prin prezenţa sa, de a face reacţia pozitivă.

Pentru noi reacţia B. Wass. pozitivă, nu constitue decât un semn de laborator a cărui valoare va fi apreciată în raport cu simptomatologia clinică. Odată găsit un semn de sifilis la un icteric confruntăm coexistenţa icterului cu sifilisul mai ales când icterul îmbracă un caracter mai deosebit şi nu cedează la tratamentele clasice ale icterului. Dacă este şi influenţat în mod vizibil de tratamentul antisifilitic, conchidem la originea sifilitică a icterului.

III. **Icterul paraterapeutic.** Este icterul care apare la un sifilitic în cursul sau după terminarea tratamentului. A fost numit astfel de Milian. Termenul este sinonim cu acela de icter sifiloterapeutic, icter arsenical, icter salvarsanic (neosalvarsanic) sau icter postarsenical.

Denumirea dată de Milian are însă avantajul asupra acestora din urmă că atrage numai atenţia asupra legăturilor dintre tratament şi icter fără să anticipeze asupra naturii veritabile a accidentelor.

Etio-patogenie. I. **Teoria naturii toxice.** Cei dintâiu care atrag atenţia asupra acestui icter sunt autorii germani. Pinkus [21]), Rielle [22]), Waelsch [23]) şi Klausner [24]). Descrierea lui coincizând cu introducerea în terapeutică a salvarsanului a fost socotit de natură medicamentoasă.

Hoffmann [25]) după datele culese cu prilejul unei necropsii făcute pe un icter grav, întăreşte această părere căreia curând i se raliază numeroşi autori: Ravaut [26]), Milian [27]), Levi-Bing şi Dureaux [28]), Hisch [29]), Dujardin [30]), Lube [31]).

Fischer şi Hope [32]) găsesc, că după administrarea salvarsanului, ficatul este organul care conţine cel mai mult arsenic.

Experimental, Jeanselme şi Bertrand [33]), găsesc şi ei maximum de arsenic în ficatul caprelor salvarsanizate, iar Morel şi Mouriquand [37]), arată pe câine că arsenicul, acumulându-se în ficat produce citoliza celulei hepatice.

Dreyfus [35]), demonstrează acţiunea nexică a ficatului excluzându-l din circulaţia generală prin fistula lui Eck. In aceste condiţiuni doza obişnuit tolerată de neosalvarsan devine mortală.

Vauthey [36]) pune în evidenţă deasemeni experimental acumuluarea arsenicului în ficat şi eliminarea sa prin bilă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La om, injecţiile de neosalvarsan sunt urmate de semne de insuficienţă hepatică. Astfel Queyrat [37]), Laugevin şi Brulé [38]), descriu urobilinurii durabile; Cavina [39]), găseşte hematoporfirinurie, în proporţie de 40% din cazuri; iar Sicard [40]), menţionează creşterea ureei sanguine. Widal, Abrami şi Iancovescu [41]), prin proba hemoclasiei digestive, iar Schamberg şi Brown [42]), Wolf [43]), prin dozajul bilirubinei în sânge, pun în evidenţă alteraţiuni hepatice.

Din punct de vedere clinic, icterul paraterapeutic este câte odată precedat sau însoţit de alte semne de intoxicaţie arsenicală: Crisa nitriloidă, eritrotermia vesicolo-oedematoasă, fenomene hemoragice şi purpurice, areflexia achiliană, polinevrită arsenicală.

La acestea, adăugându-se încă argumente de ordin etiologic, toxico-anatomice, biologice şi clinice, teoria toxică acceptată de Sicard, Dufour şi Brocq [44]) părea să explice aproape toate icterele paraterapeutice. Sezary şi însuşi Milian, se ridică cu argumente puternice în contra acestei teorii, arătând că numai o foarte mică parte din aceste ictere, pot fi explicate prin teoria toxică.

II. **Teoria naturii sifilitice.** Dealtfel Simkin [45]), încă din 1912 afirmă că orice icter survenind la un sifilitic în cursul tratamentului arsenical este de natură sifilitică. La această părere se asociază şi Milian [46]) care revenind asupra teoriei toxice, susţine cu argumente de ordin etiologic, clinic, terapeutic şi prin comparaţie cu neuroreci-

divele, a hepatorecidivelor natura sifilitică a marei majorităţi a icterelor zise salvarsanice. El afirmă că 92% dintre icterele paraterapeutice sunt de natură sifilitică şi numai 8% sunt de altă natură (toxică, biotrofică, mixtă, coincidenţă etc).

Această afirmaţiune a fost viu combătută cu argumente de către Sicard, Ravaut şi mai ales de către Sezary.

III. **Teoria biotropică.** Se ştie că există 2 feluri de tropisme: 1. Necrotropism, prin care se produce moartea elementelor, şi: 2. biotropism, care din contră are o acţiune stimulantă asupra vieţii lor.

Este cunoscut, deasemeni, că unele medicamente posedă în acelaş timp ambele proprietăţi, dar de obiceiu pentru elemente diferite.

Milian[47]) bazându-se pe aceste cunoştinţe, crede că şi neosalvarsanul are o acţiune necrotropică (spirilicidă), dar şi o acţiune biotrofică marcată asupra microorganismelor ce se găsesc în stare latentă (în ficat în cazul nostru). După cum acţiunea biotropică se adresează direct spirochetei — în stare latentă — vom avea un biotropism direct, sau dacă se va adresa altor microorganisme, tot în stare latentă va fi un biotropism indirect. In ambele cazuri, vom putea observa icter; dar pe când în biotropismul direct icterul e datorit însăşi redeşteptării virulenţei treponemei, (ca o reacţie Hexheimer), în biotropismul indirect, icterul va fi produs de alte microorganisme existente în stare de infecţiune latentă (angiocholite, icter cataral), care sunt redeşteptate, producând tablourile clinice respective.

Tot fenomerie biotropice sunt considerate stomatitele fusospirilare ale bismutului şi mercurului, furunculoza neosalvarsanică şi eritemul de a noua zi, care sunt mai bine cunoscute. In sprijinul acestei teorii Brodier, Ruge şi Sezary, aduce argumente de ordin etiologic, clinic şi terapeutic. Nu se poate explica însă prin ea: 1. frequenţa mai mare a icterelor la bolnavii sifilitici trataţi cu neosalvarsan decât la cei nesifilitici; 2. deasemeni nici variaţiile apariţiei icterului, în raport cu vechimea sifilisului.

IV. **Teoria mixtă (parazito-toxică, parazito-clazică).** Icterul paraterapeutic se întâlneşte rar la bolnavii nesifilitici, trataţi cu neosalvarsan, ceeace arată că nu medicamentul este cauza producerei lui; pe de altă parte se întâlneşte mult mai frequent dela introducerea în terapeutică a tratamentului arsenical. Aceste constatări, lasă să se intrevadă asocierea acestor doi factori, sifilisul şi tratamentul arsenical în producerea icterului.

Ravaut[48]) introduce pentru explicarea neurorecidivelor noţiunea de „conflict terapeutic", o combinaţiune focală între spirochet şi arsenic.

Scott şi Pearson[49]), admit că ficatul sifilitic, are o rezistenţă mai mică faţă de medicamente, decât ficatul normal. Primordial, ar fi deci leziunea hepatică latentă, la care se adaogă leziunea toxică a neosalvarsanului, care declanşează icterul (sifilisul prepară terenul, iar arsenicul desăvârşeşte blocajul). Acest icter, Ravaut îl numeşte parazito-toxic.

Cei doi factori se pot interpreta ca acţionând şi invers: arsenicul diminuiază rezistenţa ficatului, care devine predispus la producerea hepatitei sifilitice. Ipoteza lui Erlich în ce priveşte producerea

accidentelor nervoase, poate fi admisă şi în interpretarea naturii icterului paraterapeutic, ca fiind provocat de endotoxinele eliberate prin liza treponemică, consecutivă tratamentului arsenical. Acestea sunt aşa numitele ictere prin bacterioliză sau sifilo-toxice, (Veillet) sau parazito-clazice (Ravaut).

V. **Teoria originei gastro-intestinale a icterului.** Unii autori ca Soffer[50]), Wiliams[51]), socot, în majoritatea cazurilor, icterul paraterapeutic ca un simplu icter infecţios. Ei sprijină afirmaţia lor pe faptul că icterele paraterapeutice, se întâlnesc mult mai frequent în cursul epidemiilor de icter infecţios, iar tabloul lor clinic se suprapune aproape complect acestora.

VI. **Teoria intoleranţei hepatice.** De curând Tzanck[52]), introduce în cadrul noţiunei de intoleranţă generală, noţiunea „intoleranţei hepatice". El socoteşte şi icterul paraterapeutic ca o manifestare a acestei intoleranţe.

Clasificări clinice. Deşi neosalvarsanul are acţiune hemolizantă, totuşi icterul hemolitic paraterapeutic este excepţional.

Aproape întotdeauna icterul paraterapeutic este de natură hepatică, datorit atingerei celulei hepatice în funcţia ei de excreţie biliară.

Golay[53]), după modul de apariţie, îl clasifică în: 1. Icter precoce, care apare după i-a sau a II-a injecţie cu neosalvarsan sub forma unui subicter cu evoluţie benignă;

2. Icter tardiv, care apare către sfârşitul seriei, până la 3 jumătate luni după tratament. Este frequent de o intensitate mai marcată.

Chevallier şi Paillard[54]) din punctul de vedere al evoluţiei disting: 1. Icterul benign, care apare cu tulburări generale astralgice, astenie; este apiretic, însoţit de uşor prurit, iar în urină se găsesc urme de pigmneţi şi săruri biliare; 2. Icterul grav, care poate fi tardiv sau succede la un icter benign. Este foarte rar; apare cu eruptii hemoragii cutaneo-mucoase, febră, apoi urmează stare subcomatoasă.

Milian[55]) împarte icterele paraterapeutice în: 1. Icter interterapeutic 15%, care apare în cursul unei serii de injecţii antisifilitice şi cuprinde:

a) Icterul prin conflict terapeutic (7%) — o adevărată reacţie Herxhaimer;

b) Icterele biotropice indirecte (6%), — produse prin redeşteptarea unui microbism hepatic latent (paludism angeocolite).

c) Icterul toxic (1,5%), însoţit în acelaş timp şi de alte semne de intoxicaţie arsenicală.

d) Icterul prin coincidenţă. (0,5%) — datorit altor cauze ca: ciroze, cancer al capului pancreasului etc.

2. Icter posterapeutic (85%) care survine după 15 zile, sau mai mult dela terminarea curei. Aproape toate cazurile de acest fel sunt interpretate ca nişte hepato-recidive sifilitice, produse fie din cauza unui tratament neregulat şi insuficient, fie din cauza unui sifilis rebel la tratament.

Numai un foarte mic număr dintre ele sunt datorite coincidenţei (cum sunt cazurile lui Garnier şi Reilly[56]), când la un sifilitic se-

cundar se pune în evidență spirocheta ictero-hemoragică sau al Lui Milian[57]) când se produce un icter grav prin septicemie streptococică la un bolnav în timp ce urma tratament arsenical).

Clasificarea lui Milian este foarte seducătoare. Vom avea însă ocazia să ne convingem că în destul de multe cazuri când e vorba să o aplicăm practic, aceasta se face destul de anevoios. Uneori nu reușim să clasăm un icter în niciunul din cazurile de mai sus.

Interpretarea cazurilor

După ce am trecut în revistă raporturile între icter și sifilis — ca să răspundem la prima chestiune pusă — să luăm pe rând observațiunile prezentate de noi și să vedem cum putem interpreta icterul apărut la bolnavii noștri.

La **Obs. I-a**, reținem din antecedente malaria; din istoric: Apariția concomitentă a icterului cu leziuni sifilitice secundare, lipsa oricăror semne de tulburări subiective (prurit, tulburări gastro-intestinale, dureri etc.), iar din descrierea stării prezente, pe lângă leziunile floride sifilitice (deci o susă de spirocheți virulentă), reținem culoarea galben deschis a pielei, starea normală a limbei, lipsa tulburărilor gastrointestinale, și a febrei, B. Wassermann pozitiv în sânge.

Avem de-aface deci, cu un ficat fragilizat anterior de o malarie și atacat apoi de o formă virulentă de spirocheți. Ficatul își manifestă suferință prin icter, care după simptomatologia scoasă în evidență, se clasează printre icterele sifilitice secundare benigne.

Natura sifilitică a fost dealtfel confirmată prin evoluția ulterioară benignă a icterului, și prin dispariția lui rapidă odată cu aplicarea tratamentului, întâiu cu mercur, apoi arsenical (după cercetarea funcțiilor hepatice), care a fost bine suportat.

La **Obs. II-a.** Reținem din antecedente un trecut infecțios bogat, care probabil că nu a lăsat ficatul indiferent. In acest caz icterul apare sub ochii noștri, după o primă injecție cu bismut și neosalvarsan doza II-a, însoțit de o ușoară ascensiune termică, cu stare generală de indispoziție. Față de data apariției a fost considerat ca un icter biotropic direct, (ca o reacție Herxheimer) și în consecință s'a continuat tratamentul antisifilitic, care a fost bine suportat. Leziunile clinice au cedat, iar sub icterul a dispărut rapid, confirmându-ne natura bănuită de noi.

La **Obs. III-a**, avem deaface cu un icter ce apare la un bolnav cu leziuni sifilitice, care nu a făcut încă niciun tratament antisifilitic. Concomitența și lipsa oricărui tratament antisifilitic aplicat ne-ar îndemna să ne gândim la un icter sifilitic. Cercetând însă cu atenție tabloul clinic zgomotos cu care s'a instalat icterul, însoțit de tulburări gastro-intestinale și prurit, limbă saburală, ușoară hepato-megalie dureroasă, ne-a făcut să înclinăm către un icter obișnuit de natură gastro-intestinală, cu atât mai mult cu cât fenomenele acute cedează numai prin tratament medical, iar după aplicarea tratamentului antisifilitic, cu cianură de mercur și apoi cu bismut, icterul nu se vindecă rapid.

Obs. IV-a, ne înfățișează un tablou clinic deosebit. Aici icterul

apare către sfârşitul celei de a doua serii de tratament mixt — cu bismut şi neosalvarsan — după ce seria anterioară fusese urmată incomplect. Aceste împrejurări au făcut să fie interpretat ca un icter de hepato-recidivă, probabil pentru care fapt medicul curant îi reîncepe tratamentul antisifilitic, deşi icterul nu dispăruse, pentru ca numai după câteva injecţii bolnavul să aibă fenomene de greaţă, vărsături, febră, prurit intens şi papule urticariene pe membre, în care situaţie este internat în spital. In acest moment, cu această simptomatologie, natura toxică (sau poate mixtă), a icterului era prea evidentă, ca să nu se impună. De aceea, se exclude tratamentul arsenical administrându-se numai cianur de mercur şi tratament medical adequat.

Intâmplarea recomandării unui tratament sulfamidat care din prima zi provoacă apariţia unei noui eruptiuni tot cu caracter urticarian, ne-a atras atenţiunea că nu singur neosalvarsanul era vinovat de declanşarea fenomenelor de mai sus ci şi însuşi organismul bolnavului, în stare de „intoleranţă" generală, care a reacţionat şi faţă de alt drog (sulfamida), în acelaş mod ca şi faţă de neosalvarsan. Deci şi icterul apărut la bolnavul nostru ar putea fi interpretat ca o manifestare a „intoleranţei hepatice", noţiune, care cum am văzut o fost introdusă în patogenia icterului paraterapeutic de către Tzanck.

Obs. V-a. La acest bolnav icterul începe cu fenomenele clinice brutale, notate în observaţie, în cursul unui şancăr sifilitic şi numai ulterior apar manifestări sifilitice secundare. Probabil din acest motiv a fost interpretat înainte de a se interna în serviciul nostru ca un icter sifilitic. Dar la tratamentul aplicat numai după două injecţii cu neosalvarsan, bolnavul face temperatură, frisoane, vărsături, cu stare generală rea.

Fenomenele brutale cu care au început, tulburările gastro-intestinale, pruritul generalizat şi persistent, ne-au făcut să ne gândim la un icter obişnuit de natură gastro-intestinală, iar fenomenele înregistrate după începerea tratamentului cu neosalvarsan, ne-au atras atenţia asupra unui oarecare grad de insuficienţă hepatică, motiv pentru care ne-am văzut obligaţi a suprima complect terapeutica arsenicală.

Obs. VI-a. Icterul apărut la acest bolnav, fără manifestări sifilitice, nici clinice, nici serologice şi la începutul celei de a patra serii de tratament, este foarte greu să-i dăm o interpretare. Nu poate fi vorba de un icter toxic, fiindcă nu-i însoţit şi de alte manifestări; nici sifilitic, deoarece nu-i însoţit de manifestări sifilitice.

Rămâne ipoteza unui icter prin coincidenţă, sau a unui icter biotropic indirect, apărut după două injecţii cu neosalvarsan (9-a zi).

Nu ne putem explica însă de ce infecţiunea latentă hepatică nu a fost exacerbată în cursul seriilor anterioare?

Obs. 7-a. Icterul apare aici concomitent cu un şancăr sifilitic-manifestându-se fără tulburări mari gastro-intestinale, fără febră, fără prurit. Limba curată. Această simptomatologie ne îndreptăţeşte să-l clasificăm ca un icter sifilitic primar şi probabil că a apărut în faza presorologică (concomitent cu mărirea ganglionilor inghinali), însă în

momentul când bolnavul se prezintă la spital, reacțiile erau seropozitive. Se începe tratamentul cu cianură de mercur, apoi și cu neosalutan, repetându-se doza IV-a de patru ori, în total se fac 5,20 gr. Icterul a dispărut încă dela 0,90 gr., neosalutan, confirmând prin proba terapeutică natura lui sifilitică.

In rezumat se constată că în Obs. I-a avem de-aface sigur cu un icter sifilitic secundar benign, iar în Obs. II-a, cu un icter biotropic direct. In Obs. III-a, înclinăm către un icter infecțios de natură gastro-intest., fără a putea afirma cu siguranță această părere. In Obs. IV-a părerile s'au succedat pe rând, icterul fiind interpretat succesiv ca un icter de hepatorecidivă, apoi toxic, apoi ca o manifestare a intoleranței hepatice. Obs. V-a, a fost interpretată cu un icter infecțios benign, cu un oarecare grad de insuficiență hepatică. In Obs. VI-a, am înclinat către un icter biotropic indirect, fără a putea afirma cu siguranță această asertiune. Obs. VII-a este sigur un icter sifilitic primar, confirmat prin proba terapeutică.

Urmează deci că nu în toate cazurile putem să ne dăm seama sigur, asupra naturii icterului la un sifilitic. Interpretarea este mai dificilă, mai ales când este vorba de un icter paraterapeutic. Totuși cunoașterea naturii lui, are o mare importanță din punct de vedere practic, cum ne vom convinge cu prilejul studiului tratamentului.

Tratamentul. Căutând a răspunde celei de a doua întrebări ce ne-am pus-o, să vedem care va fi comportarea noastră din punct de vedere terapeutic, față de un bolnav sifilitic, și icteric, în acelaș timp, cunoscută fiind predilecția de fixare a arsenicului pe celula hepatică mai ales pe cea deficientă.

Nu mai insistăm asupra faptului că toți sifiligrafii recomandă obligativitatea examenului complect al bolnavului, (ficat, rinichi, sistemul vago-simpatic, și miocardul), înaintea instituirii unui tratament antisifilitic.

I. Dacă găsim un icter în antecedente sau un trecut hepatic încărcat, vom cerceta funcțiunile hepatice. Vom proceda cu prudență la administrarea tratamentului arsenical la acești bolnavi, și vom fi atenți la apariția celui mai mic semn de intoxicație sau de insuficiență hepatică.

Vauthey [58]), dozează bilirubina în sânge, în cursul tratamentului, și-l oprește la timp, conducându-se după variațiile acesteia.

II. In icterul apărut la un sifilitic, înaintea instituirii oricărui tratament antisifilitic, dacă el constituește numai o simplă coincidență, fără nicio legătură cauzală cu sifilisul, ne vom abține dela aplicarea tratamentului arsenical. Icterul va fi tratat medical după natura lui, iar ca tratament antisifilitic vom administra cianură de mercur, care este în același timp și un medicament colagog. Numai după ce icterul a dispărut complect și am controlat integritatea funcțiunilor hepatice, vom proceda, cu prudență, la instituirea tratamentului arsenical (Obs. III-a și V-a).

Dacă icterul este de natură sifilitică, tratamentul va varia după perioada sifilisului.

1. In icterul sifilitic primar, continuăm tratamentul antisifilitic,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

începând apoi cu cianură de mercur şi apoi apelăm la neosalvarsan, care este bine suportat şi are acţiune rapidă curativă şi asupra icterului. (Obs. VII).

2. In icterul sifilitic secundar, dacă originea lui este hemolitică, aplicăm dela început tratamentul arsenical, de care beneficiază în gradul cel mai înalt, obţinând rapid vindecarea atât a icterului cât şi a leziunilor sifilitice. Dar dacă originea lui este hepatică, atitudinea noastră va fi aceea indicată de d-l Prof. Năstase [59]), care este justificată atât din punct de vedere logic, cât şi din punct de vedere practic, şi care diferă după cum avem de-aface cu un icter benign, sau un icter grav.

In icterul benign, pe lângă tratamentul dietetic, care uşurează mult tratamentul medicamentuos, contrar „părerii unor sifiligrafi, d-l Prof. Năstase recomandă instituirea tratamentului arsenical „care acţio-„nând asupra spirochetei, va aduce după dânsa regresiunea leziunilor „organice, şi dispariţia fenomenelor de icter, apărut sub influenţa pro-„cesului sifilitic activ. Apariţia febrei, care se menţine, ne furnizează „indiciul că tratamentul administrat nu se suporta şi renunţăm la ar-„senic. Glucuzuria deasemenea constitue o contra indicaţie pentru uti-„lizarea arsenicului. Numai ca o extremă prudenţă şi numai pentru „început, continuă d-sa, să se renunţe la preparatele arsenicale, care „vor trebui să intre în terapie de îndată ce fenomenele încep să „retrocedeze, după administrarea dela început a cianurei de mercur, „dotată în acelaş timp şi cu efect colagog sau a bismutului, care „este acceptat de ficat (mai ales sub formă de iodo-bismutat de „chinină sau preparate bismuto-coloidale). (Obs. I-a)".

„Grupul bolnavilor la care e mai prudent ca preparatele no-„varsenobenzolice să apară mai târziu în terapia cazului, îl consti-„tuesc bolnavii care au un trecut hepatic încărcat, cu un ficat deja „fragilizat".

In icterul grav, este cu totul contraindicat tratamentul arsenical, se vor face injecţii cu cianură de mercur sau bismut, şi se va institui un tratament medical şi regim alimentar adequat cazului.

3. In icterul sifilitic terţiar, (hepatitele şi în special cirozele), „d-l prof. Gh. Nastasie afirmă „că intensitatea leziunilor anatomice „neputând fi apreciată decât relativ, arsenicul trebue să rămână pro-„scris, până când mercurul, iodurul de potasiu şi bismutul, vor resta-„bili parte din funcţiunile hepatice apoi cu mare prudenţă se vor „administra preparate arsenicale. Tratamentul antisifilitic în această „formă de icter, dealtfel dă greş, deoarece în locul celulelor hepatice, „care oricum nu mai pot fi regenerate, s'a format ţesut conjunctiv, „foarte greu de distrus chiar ajutând tratamentul cu iod".

III. In ce priveşte icterul paraterapeutic, comportarea noastră terapeutică va fi diferită în raport cu cauza bănuită:

1. In icterul biotropic direct, (Obs. II-a), şi în cel de hepato-recidivă, Milian recomandă continuarea în mod energic a curei cu preparate novarsenobenzolice. D-l Prof. Năstase este de părere „că „un exces de prudenţă nu strică. D-sa deşi a văzut succese în urma „acestei linii de conduită, recomandă să se suspende tratamentul ar-

BCU Iași / Central University Library Iași

SINTEZA ETIO-PATOGENICA

- **Icterul la sifilitici**
  - **Apărut înainte de orice tratament antisifilitic**
    - *Prin coincidență* (fără legătură cu infecția sifilitică)
      - *catarat*
      - *infecțios benign*
      - *litiază*
    - *Sifilitic*
      - *Hemolitic*
        - *secundar*
        - *terțiar*
      - *Hepatic*
        - *primar*
          - *benign*
          - *grav*
        - *secundar*
        - *terțiar*
          - *ciroză Hanot sifilitică*
          - *prin retenție*
            - *gomă*
            - *brida*
            - *ganglion*
  - **Apărut după începerea tratam. antisifilitic** (paraterapeutic)
    - *In timpul tratamentului* (interapeutic)
      - *Prin coincidență* (fără legătură cu tratamentul)
      - *In legătură cu tratamentul*
        - *biotropic*
          - *direct*
          - *indirect*
        - *toxic*
    - *După terminarea tratam.* (post-terapeutic)
      - *Prin coincidență* (fără legătură cu tratamentul)
      - *In legătură cu tratamentul*
        - *sifilitic* prin hepato recidivă)
        - *toxic*

BCU Iași / Central University Library Iași

TABLOU SINOPTIC CU DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL ICTERELOR APĂRUTE LA SIFILITICI

		Simptomatologie clinică							Evoluțiile clinică	Pronostic	Reacțiunea la tratamentul antisifilitic	Examene de laborator			
												Sânge		Urină	
		Culoarea pielei	Febra	Semne de impregnaț e toxică	Turburari gastro-intestinale pronunțate	Starea limbei	Ficatul	Splina				Seroreacții B.W-etc.	Rezistența globulară	Pigmenții biliari	Acizi și Săruri biliare
Icterul prin coincidență	*Icterul cataral*	galbenă închisă	38°-39°	-prurit -bradicardie	Faza preicterică a lui Chauffard	saburală	ușor mărit de volum dureros	normală	încetă	bun	neinfluențat, cedează însă la trat. medical	negative	normală	prezent	prezent
	Icterul infecțios benign	»	39°-40° cu frisoane	»	mult mai intense	»	»	»	»	în general bun	»	»	»	»	»
	Litiaza biliară	galben variabilă (după o colică)	variază	»	existente	»	foarte dureros	»	exacerbări în cursul colicei	variază	neinfluențat	»	»	»	»
Icterul sifilitic	*Hemolitic*	galben intens	afebril	lipsesc	Materii fecale hipercrome	normală	uneori mărit	mare	rapidă	f. bun	promptă se vindecă rapid	pozitivă	diminuată	în cantitate mică sau lipsesc	absent
	Primar și secundar benign	galben pai	lipsește sau moderată	»	lipsesc complect sau sunt minime	roșie-curată	normal sau f. ușor mărit	deobicei mare	scurtă	întotdeauna bun	»	»	normală	prezent	lipsesc, mai cu seamă în perioada de declin.
	Terțiar	galben murdar	»	pot exista	uneori există	normală	mare, dur	mare crește în pousseur	uneori rapidă, alteori lungă	rezervat	este indicat, dar reacționează mai greu	»	»	»	prezent
Icterul paraterapeutic	*Icterul biotropic* — *Direct*	Apare după prima inj. cu neosalvarsan, cu simptomatologia, mai atenuată, a icterului sifilitic secundar benign.													
	Icterul biotropic — *Indirect*	Apare după a 9-a zi dela prima inj. cu neosalvarsan, cu simptomatologia mai atenuată, a icterului cataral.													
	Icterul toxic	galbenă sunt și alte erupții cutanate	exista; -areflexie achiliană -polinevrită	există					lungă	rezervat	se suspendă complect arsenicul	poate fi și negativă	normală	prezent	prezent

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„senical căci nu se cunoaște gradul leziunilor hepatice, și nici pu-
„terea lui pexică. Nefiind vorba de un tratament de atac, mercurul
„și bismutul sunt suficiente pentru a opri procesul sifilitic. Altfel
„riscăm ca un icter de hepato-recidivă să-l transformăm într'un icter
„toxic. Numai după retragerea fenomenelor biotropice, putem face
„neosalvarsan".

2. Biotropismul indirect, nu contraindică suspendarea tratamentului antisifilitic, fie bismutic, fie arsenical.

3. Icterul toxic, impune o suspendare imediată a preparatelor arsenicale. In această privință toți sifiligrafii sunt de acord. Reluarea tratamentului arsenical nu se va putea face decât cu foarte mare prudență și numai după 8—10 luni dela stingerea fenomenelor de icter. Concomitent punem bolnavul la regim lacto-vegetarian, și-i administrăm adrenalină fie per os, (ținând în gură 60—90 pic.), fie subcutanat; atropină; hipofiză; teobromină; alcaline (bicarbonat de sodiu); insulină cu glucoză.

In privința icterelor apărute după un tratament antisifilitic, D-l Prof. D-r Brănișteanu [60]), ajunge la concluzia că „în aceste ictere „se întâlnește întotdeauna o stare rea funcțională a celulei hepatice. „D-sa, este de părere că în aceste cazuri, este mai bine de a se „trata mai întâiu insuficiența hepatică din aceste ictere și numai „după aceea să se reia cu prudență tratamentul antisifilitic".

BIBLIOGRAFIE

1. Milian: L'ictère Syphilitique primaire. Paris Med. No. 344, Aug. 1920, p. 141—144. — 2. Chatellier și Bonneterre: De l'ictèré Syphilitique antérérologique. Ann. de Derm. et Syph., Oct. 1921. — 3. Gastou et Tissot: L'ictèré Syph. primaire. Rev. Pr. de Derm. et Syph., ann. I, No. 1/1925, p. 26. — 4. M. P. Nicaud: Ictère Syphilitique primaire. Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp., Paris, No. 38/1926, p. 1704. — 5. Lévine: Ictère Syph. en stade séronegatif du chanchre induré. An. de Mal. Ven., 1934, p. 889. — 6. Lasch: Ictère Syph. precox. Berl. Clin. Woch. 1894. — 7. Buschke: Ictère Syph. precox. Berl. Clin. Woch. 1910, No. 6. — 8. Kapuscinsky: Zentralblatt für Haut und geschlechkrankheiten No. 9—10/1934. — 9. Organska: Zentralblatt für Haut und geschlechtkrankheiten No. 3—4/1934. — 10. V. Cristea și M. Blumental: Icter sifilitic primar. Rev. Spit., 1922, p. 187. — 11. Sărățeanu și Blumental: Icter sifilitic prehumoral. Rev. Științelor Med. No. 6/1925, p. 549—554. — 12. M. Munteanu: Icter sifilitic preserologic. Soc. Med. și Natur., Iași, Ședința 28 Oct. 1943; Mișc. Med. Română No. 8—10/1945, pag. 430—434. — 13. Fournier A.: Leçons clinique sur la syphilis. — 14. Charles Foucquet: Syphilis du fois. — 15. A. Midana et Luigi del Grande: Il dermo Syfhilografo. An. 10, No. 5/1935, pag. 355. — 16. Dornescu—Calciu Emilia: Contribuțiuni la studiul patogeniei icterului sifilitic secundar. Teza No. 606, Iași, 1923. — 17. A. Tzanck et M. Cochin: L'ictère grave de la Syphilis precoce. Buletin et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris, ann. 51, No. 4/1935 pag. 177. — 18. Serghie A. Uscat: Considerațiuni asupra icterului sifilitic. Teză, Iași, No. 1046/1927. — 19. I. Hațieganu—Goia: Tratat

BCU Iași / Central University Library

elementar de semiologie şi patologie med., vol. II, pag. 515. — 20. Castaigne et Paillard: Les ictères croniques Syphilitiques de l'adulte. Journal Medical Français, II, 1920. — 21. Pinkus: Med. Klin., 1910, No. 37, pag. 1452. — 22. Riele: Ikterus nach salvarsan. Münch. Med. Woch., 1910, No. 38, p. 1500. — 23. Wailsch: Med. Klin., 1910, No. 51, p. 2035. — 24. Klausner: Uber Icterus, nach salvarsan. Münch. Med. Woch., 1910, p. 570. 1912, p. 40. — 29. Hirsch: Zwei Todfälle nach. Salv. Münch. Med. Woch., 1911, p. 1773. — 26. Ravaut et Cain: Les accidents et contreindications de 606. Journ. Med. Fr., 1911, p. 438. — 27. G. Milian: Ictère du Salvarsan. Ann. des mal. ven., 1911, p. 728. — 28. Levy Bing et Dureaux: 2 cas d'ictères Consec. aux inj. intrav. de salv. Ann. des Mal. Ven., 1912, p. 40. — 29. — 29. Hirsch: Zwei Todfälle nach. Salv. Münch. Med. Voch., 1912, p. 1666. — 30. Dujardin: Les ictères toxiques du au neos. Soc. Clin. des Hôp. de Bruxelles, Ian., 1914. — 31. Lube: Deuts. Med. Woch., Mai 1914, No. 19, p. 946. — 32. Fischer und Hoppe: Münch Med. Woch., 1909, No. 29, p. 1459. — 33. Jeanselme et Bertrand: Note sur la recherche de l'arsenic dans les organes d'une chevre salvarsanisée. 1-er congres int. de Path. Comp., Paris, Oct. 1912. — 34. Morel, Moriquand et Policard: Le 606, le foie et le rein. Soc. med. des Hôp. de Lyon, 1912. — 35. Dreyfus: Sur la cause de la mort par 606 à propos d'un nouveau accident mortal. Ann. des mal. venn., 1914, p. 481. — 36. Vauthey: Le foie et l'arsenic. These de Lyon, 1927. — 37. Queyrat: De quelques reactions de foie consecutives aux injections de salv. et de neos. Meiopragie hepatique a type urobilinique. Bull. et mem, de la Soc. Med. des Hôp. de Paris, 1914—1921. — 38. Langevin et Brulé: Ictères Syph. Secondaires avec retention biliaire dissociée. Action du neos. sur le foie. Bull. et mem. de la Soc. med. des Hôp. de Paris, 1916, p. 1851. — 39. Cavina: Urina dopo inj. intrav. de neos. Giornale ital, delle Mal, ven et della piele, 1917, t. 58, — 40. Sicard: Bull. et mém. de la soc. med. des Hôp. de Paris, 1919, p. 841. — 41. Widal, Abrami et Iancovescu: Presse med., 1920, No. 91. — 42. Schamberg and Brown: The journal of the amer. med. Assoc., 1924, p. 1911. — 43. Wolf: Dermat. zeitschrift, 1924, T. 17, p. 169. — 44. Brocq.: La quéstion des icteres chez les Syph. traités par les inj. intrav. des nouveaux composes arsenicaux. Bull. med., 1921, p. 235. — 45. Simkin: Les ictères survenant après l'injection du salvarsan et du neos. Thèse, Geneve, 1912. — 46. Milian: Ictère dit du salvarsan est un ictère Syphilitique. Bull. de la Soc. Fr., de Derm. et Syph., 2 Juillet, 1914. — Milian: Trois cas d'ictere au cours de traitement à l'arsenobenzol, leur nature syphilitique. Bull. et mem. de la Soc. des Hôp. de Paris, Oct., 1919, p. 465. — 47. Milian: Les conflits therap. dans le trait. de la Syph. Bull. et mem. de la Soc. des Hôp. de Paris, 1 şi 15 Mai 1928. — Milian: Le Biotropisme. Paris, Baillière, 1929. — Milian: Apropos de Biotropisme. Bull. et mem. de la Soc. med. des Hôp. de Paris, Avril, 1930, p. 585—587. — 48. Ravaut: Les réactions nerveuses tardives observées chez certains syphilitiques traites par salvarsan et meningo-vascularite Syphilitique. Presse Med. No.18, 2 Mars 1912. — 49. Scott and Pearson: Jauudice and Hexheimer's reaction. Aner. Journ. of syphilis, Oct. 1919. — 50. Soffer: The postarsephanime Jaundice. Journal of Canada 936. — 51. Williams: Epidemic jaundice in New-York statt. Journal Amer. med. Ass-Chicago, 1923, p. 532. — 52. Tzanck: Ca-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ractère propre de l'intolerance hepatique. Bull. et mem. de la soc. des Hôp. de Paris No. 6/1935, p. 250. — 53. Golay: Ictère tardif du neos. et du Galil. Ann. des mal. ven., Ian. 1918. — 54. Chevallier et Paillard: Les ictères postars. des Syph. Journ. Med. Fr., Febr. 1920. — 55. G. Millian: Les conflicts therap. dans le trait. de la Syph. Bull. et mem. de la Soc. des Hôp. de Paris, 1 et 15 Mars 1928. — 56. Garnier et Reilly Spirochetose ictèrique chez une Syphilitique second. Soc. Med. des Hôp., 27 Jouillet 1917. — 57. G. Milian: Ictère grave mortel par Septic. Strept., Consec. a une noma provoque par l'éxtraction de plusieurs dents au cours d'un traitement arsenical. Bull. de la Soc. fr. de Derm. et Syph., 1928, p. 276. — 58. Vauthy: Recherche clinique et experimentale sur le foie et l'arsenic, aplications à la therapeutique arsenicale chez les hepatiques. Thèse, Lyon, 1926. — 59. Gh. Nastase: Tratamentul sifilisului visceral. Revue Medico-Chirurgicale de Iassy No. 6/1936, p. 421—423. — 60. D. Brănişteanu: Consideraţiuni asupra terapeuticei icterilor după un tratament antisifilitic. Rev. Med. Chir., Iaşi, No. 4/1931.

1. Des observations presentées par nous, il résulte que parmis les ictères qui apparaissent ches les Syphilitiques seulement l'ictère syphilitique primaire et l'ictère syphilitique secondaire benigne ont une symptomatologie à part, qui permet en la majorité des cas, de les reconaître. (Obs. I et VII).

2. En ce qui concerne l'ictère paratherapeutique, certaines fois sa nature peut être reconnue. (Obs. II). Le plus souvent, cependant aucune des téories: toxique, siphilitique, mixte, biotropique, et pas même la notion d'intolerance hépatique ne sont pas satisfaisantes. Certaines fois l'ictère parathérapeutique est interpreté comme un simple ictère infectieux, de nature gastro-intestinale. (Obs. III et V).

3. En l'application du traitement arsénical, on tiendra compte de 2 facteurs:

a) **De la nature de l'ictère.** En cas d'**ictère syphilitique** il sera permis d'utiliser le neosalvarsan apres quelques injéctions preparatoires avec cianure de mercur. (Obs. I et VII). En cas d'**ictère biotropique indirècte,** de même on pourra continuer le traitement arsenical.

L'ictère toxique contre indique formmelement d'utiliser les préparés arsenicaux.

b) **Du grande d'insuffisance hépatiique** et du pouvoir péxique du foie, appréciée autant par la symptomatologie clinique que par les réactions de laboratoire.

1. Aus unseren von uns dargestellten Beobachtungen, geht es hervor dass aus den bei den Syphilitichern zum Vorschein gekomenen Ikteren nur der primäre und sekundäre benigne Syphilitiche Ikterus eine besondere symptomatologie hat, welche in der Mehrzahl der Fälle seine Anerkennung erlaubt (I-te und VII-te Beobachtung).

2. Was den paratherapeutischen Ikterus anbetrifft, kann manchmal seine Natur anerkannt werden. In den meisten Fällen, aber, keine der toxischen, syphilitischen, gemischten, biotropischen Theorien wie auch der Begriff von hepatischen Intoleranz sind nicht genügend.

Manchmal der paratherapeutische Ikterus wird als ein einfacher gewöhnlicher, infektioser Ikterus erklärt. (3-te und 5-te Beobachtung).

3. In der Anwendung der arsenicalischen Behandlung soll mann zwei Faktoren in Betrachtung zielen.

a) **Die Natur des Ikterus:** In der **syphilitische Ikterus** kann man den Brauch des Neosalvarsans nach einigen vorbereitenden Spritzen von Hydrargyrum cyanatum gestatten (Die erste und siebente Beobachtung); in dem **biotropischen indirekten Ikterus** wird man gleichfalls die Fortsetzung der arsenikalischen Behandlung erlauben; **der toxiche Ickerus** verbietet die Vervendung der arsenikalischen Präparate.

b) Es hängt noch **von dem Grad der hepatischen Insuficienz** und der pexischen Kraft der Leber ab, wie, es aus klinischen Sympthomatologie wie auch aus den Laboratoranalysen hervorgeht.

Lucrare din Secţia Medicală a Spitalului „Stamate" din Fălticeni.

CONTRIBUŢIE LA STUDIUL VITEZEI DE SEDIMENTARE A HEMATIILOR IN CURSUL PNEUMONIEI LOBARE ACUTE

de

N. I. ZAHARIA

Biblioteca Universitară Iaşi / www.scribd.com/ Cantacuzino Medical Museum

Viteza de sedimentare a hematiilor este foarte accelerată în cursul pneumoniei lobare acute şi acest fapt este prea bine cunoscut şi încă de multă vreme.

Intr'o lucrare publicată anterior[1]) am dat cifrele de sedimentare găsite la 24 din 32 bolnavi de pneumonie studiaţi şi am insistat atunci asupra faptului că rareori aceste cifre sunt sub 90 şi că persistenţa accelerării în convalescenţă se datoreşte unei complicaţii — evidente sau oculte — cel mai ades pleurale. De atunci numărul pneumonicilor la cari am făcut determinări de sedimentare globulară a crescut la 82 şi totdeauna rezultatele au fost asemănătoare.

In lucrarea de faţă dorim să insistăm cu deosebire asupra concluziilor ce rees din studiul unui lot de 22 bolnavi de pneumonie crupoasă, la cari viteza de sedimentare a fost determinată zilnic[2]), în aşa mod încât am putut stabili o curbă sediometrică pentru fiecare bolnav în parte în tot cursul boalei (perioada febrilă şi perioada de resorbţie).

Bolnavii s'au recrutat dintre pneumonicii internaţi în primele 3 luni ale anului 1944, în Secţia Medicală a Spitalului „Stamate" din Fălticeni[3]),

---

[1]) N. I. Zaharia — Contribuţiuni la studiul pneumoniei lobare acute. — Mişcarea Med. Rom., 1943, p. 37-51.

[2]) Totalizând astfel 222 determinari.

[3]) Cu excepţia cazului 10 (pneumonie cu icter) observat la Spitalul „C. Nicolescu" din Dragaşani-Vâlcea. Mulţumim şi pe aceasta cale D-lui Dr. I. Baluţa, medicul spitalului, pentru buna-voinţa arătată cu acest prilej.

Determinarea sedimentării globulare s'a făcut cu aparatul Westergreen după tehnica obişnuită.

Cifrele aflate au fost înregistrate în tabloul alăturat (numai valorile citite după o oră); rubrica liberă din acest tablou desparte perioada febrilă de perioada de resorbţie a boalei şi indică fie ziua crizei termice, fie terminarea căderei în lysis a febrei (prima zi de apirexie).

Iată ce desprindem din studiul mai amănunţit al acestor date:

Numai în cazul 15 am putut determina viteza de sedimentare (V. S.), într'un moment mai apropiat de debutul boalei (a 3-a zi). La acesta se remarcă o accelerare moderată (25 în I-a oră) a sedimentării în a 3-a zi, pentru ca în a 4-a zi cifra să urce brusc la 89, unde rămâne apoi în platou. Am putea presupune deci că accelerarea remarcabilă a V. S. din cursul perioadei febrile nu se face chiar din prima zi de boală, ci după 1—3 zile dela debutul dramatic al acesteia şi, că această accelerare se face aproape tot atât de brusc ca şi ascensiunea termică după frisonul iniţial. Din acest punct de vedere este necesar un control pe un număr mai mare de cazuri.

In tot cursul perioadei febrile, V. S. se menţine accelerată la cifre foarte ridicate cari prezintă variaţii relativ mici dela o zi la alta, astfel că ele înscriu în totalitate un platou, paralel cu platoul termic. Adesea chiar platoul sediometric este mai uniform decât cel trasat de febră.

Inălţimea platoului sediometric este evident determinată de cifra accelerării sedimentării hematice şi variază în limite destul de mari dela caz la caz. Iată repartizarea procentuală a valorilor găsite la 82 bolnavi (sedimentare după o oră):

Peste 100, 44%; 60—100, 52%; sub 60, 4%.

Cifra cea mai mare pe care am observat-o până în prezent a fost de 139[4]), şi cea mai mică (în perioada febrilă a boalei) a fost de 40[5]). Credem că platoul sediometric sub 40 în perioada febrilă a pneumoniei trebue considerat ca o excepţie.

Cifrele mai mari sau mai mici de sedimentare plasează platoul sediometric la înălţimi variind deci dela caz la caz, iar în raport cu platoul termic, paralel cu acesta, fie deasupra lui, fie dedesubt, fie suprapus lui. Dăm mai jos proporţiile procentuale ale situaţiei celor două curbe:

Platoul sediometric s'a aflat faţă de platoul termic:

Deasupra 14 cazuri 64%; Dedesubt 4 cazuri 18%; Suprapus 4 cazuri 18%.

---

4) Această valoare a fost observată la bolnavul No. 10, care prezenta o pneumonie dreaptă însoţită de sub-icter. Este interesant de constatat că în acest caz icterul nu a avut un efect inhibitor evident asupra accelerării sedimentare, aşa cum ne-am fi putut aştepta, având în vedere legile cunoscute.

5) Vorbim de înălţimea constantă a platoului sediometric şi nu de eventuale „remisiuni" sedimentare cari se pot uneori observa în perioada febrilă şi cari pot coborî chiar până aproape de valorile normale.

Notăm în treacăt că situarea în plan grafic a celor două curbe nu depinde numai de accelerarea sediometrică, ci într'o egală măsură de înălţimea platoului termic.

Din cercetarea atentă a celor 82 cazuri de pneumonie la cari am determinat V. S., am putut stabili că variaţia dela bolnav la bolnav a accelerării sedimentare şi deci situarea platoului sediometric nu ţine de niciunul din factorii: sex, vârstă, anotimp, localizarea blocului pneumonic, întinderea leziunilor, gravitatea bolii, febră, antecedente morbide. Aceste variaţii în accelerarea V. S. sunt sub dependenţa unor modificări umorale care nu sunt influenţate de factorii enumeraţi mai sus, dar cari variază dela individ la individ în raport cu capacitatea personală a bolnavului de a reacţiona la infecţia pneumonică.

Cercetând comportarea V. S. după căderea febrei, putem constata că cel mai adesea nu există paralelism între platoul sediometric şi cel febril, primul decalându-l pe al doilea.

La 4 din bolnavii noştri (cazurile 18, 20, 21, 22), V. S. nu a mai revenit la normal în tot cursul internării, platoul sediometric rămânând aproape la acelaş nivel şi în convalescenţă. Această persistenţă de accelerare la cifre ridicate (50,100 şi mai mult) la 5—10 zile după căderea febrei, a coincis cu constatarea radiologică şi uneori clinică a neresorbţiei blocului pneumonic.

In ceea ce priveşte celelalte 18 cazuri, V. S. a revenit spre normal odată cu căderea termică în 2 cazuri (12%) şi la un anumit timp după căderea febrei în 16 cazuri (88%). Decalajul platoului sediometric faţă de cel febril apare deci evident şi pare a fi chiar comportarea frecventă. Decalajul s'a întins în timp după cum urmează:

Zile	2	3	4	5	6	7	8
Cazuri	1	3	3	4	3	1	1
Procentaj	6%	19%	19%	25%	19%	6%	6%

Deci în majoritatea cazurilor (13 din 16, adică 82%), persistenţa accelerării sedimentare după căderea febrei a fost de 3—6 zile.

Relativ la modul cum s'a făcut revenirea la normal a V. S. la bolnavii studiaţi, dăm mai jos tabloul:

Modalitatea	Cazuri	Procentaj
Brusc	12	66%
Treptat	5	28%
Neregulat	1	6%

Căderea bruscă spre normal a accelerării sedimentare (care pare a fi modalitatea cea mai frecventă de comportare a V. S. în convalescenţă), produce deseori salturi tot atât de mari ca şi febra în criză, coborînd cu 50—80 diviziuni odată[6]) (cazurile 6, 10, 14).

In toate aceste cazuri însă V. S. nu ajunge dintr'odată la cifre absolut normale, ci la valori aporiate de normal, atingând valorile normale numai după 3—4 zile.

Din cauza numărului relativ mic de cazuri studiate nu am putut stabili care este durata medie şi durata maximă în zile ce o necesită V. S., pentru a ajunge la normal. Am amintit mai sus că menţinerea la cifre ridicate a accelerării sedimentare după căderea febrei la câţiva bolnavi, a coincis cu lipsă de resorbţie a focarului pneumonic. Cu siguranţă însă că acest fenomen nu este datorit numai prezenţei blocului pneumonic, de oarece la câţiva bolnavi (cazurile 5, 9, 12, 15 se poate constata revenirea V. S. la cifre absolut normale cu toată persistenţa blocului pneumonic controlată radiologic. Dăm mai jos sub formă de tabel comportarea V. S. în raport cu evoluţia fenomenelor clinice şi radiologice la 16 bolnavi studiaţi din acest punct de vedere:

V. S. a devenit normală	înaintea dispariţiei fenomenelor clinice . . .	1 caz
	„ „ „ radiologice .	6 cazuri
	odată cu dispariţia fenomenelor radiologice .	2 cazuri
	după „ „ clinice . . .	1 caz
V. S. a rămas accelerată	cu persistenţa fenomenelor radiologice . . .	4 cazuri
	„ „ „ radiologice & clinice	2 cazuri

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prezenţa fenomenelor radiologice şi uneori chiar clinice, denotând persistenţa modificărilor anatomo-patologice ale parenchimului pulmonar concomitent cu o V. S. normală, este importantă de semnalat pentru că ne arată că sedimentarea globulară, ca şi febra, nu ne poate da indicaţii asupra evoluţiei focarului pneumonic, nici nu ne poate preciza data dispariţiei acestuia.

Apariţia în convalescenţă a unor complicaţii pleurale are drept consecinţă menţinerea accelerării V. S. (ca în cazurile 13 şi 16). Semnalăm însă faptul că prezenţa unei pleurite scisurale (radiologic) reziduale, nu a împiedecat revenirea la normal a V. S. în cazul 7.

Faptul că V. S. poate reveni la cifre normale înaintea resorbţiei complecte a blocului pneumonic, precum şi obser-

[6]) Din cauza greutăţilor de tipar, am omis câteva grafice cari ar fi ilustrat cu toată claritatea cele descrise în text.

vaţia făcută anterior referitoare la absenţa oricărei corelaţii între întinderea leziunilor anatomo-patologice şi valorile sedimentării globulare, ca şi normalizarea V. S. cu toată apariţia unei complicaţii îndeobşte acceleratoare (pleurită, cazul 7), trebue să ducă la concluzia că modificările umorale cari accelerează V. S. nu au un paralelism perfect cu modificările anatomo-patologic pulmonare şi că primele au o evoluţie proprie mai mult sau mai puţin independentă de celelalte.

Din cercetările noastre de până acum se pare că în convalescenţă, ordinea cronologică a fenomenelor clinice se seriază astfel: 1. căderea febrei; 2. dispariţia fenomenelor stetacustice; 3. revenirea la normal a V. S.; 4. dispariţia fenomenelor radiologice.

* * *

Din cauza numărului relativ mic al cazurilor studiate, rămân, după cum am semnalat în rândurile ce preced, unele chestiuni încă imperfect stabilite şi unele fiind deabia schiţate, sunt încă de studiat. Rămâne să continuăm observaţiile noastre pe un număr suficient de cazuri, pentru a putea trage concluzii definitive şi pentru a complecta lacunele semnalate în cursul lucrării. Totuşi de pe acum putem rezuma, ca urmare a discuţiei relative la cazurile noastre, câteva *concluzii* pe care le semnalăm mai jos:

1. Am studiat V. S. la 82 bolnavi de pneumonie lobară acută; la 22 din ei determinările fiind făcute zilnic ne-au permis trasarea curbelor sediometrice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. După o ascensiune care pare a fi bruscă şi nu chiar din prima zi de boală, V. S. rămâne foarte accelerată în tot cursul perioadei febrile trasând un platou regulat, situat de obiceiu paralel şi deasupra platoului termic. Valoarea V. S. în această perioadă depăşeşte cifra de 60 la citirea în prima oră în 96% din cazuri (în 44% din cazuri depăşeşte valoarea de 100).

3. In majoritatea cazurilor (88%) revenirea spre normal a sedimentării globulare se produce după căderea termică (critică sau litică), accelerarea menţinându-se în platou încă 3—6 zile (decalajul platourilor). Revenirea V. S. spre normal se face cel mai adesea (66%) brusc, comparabil cu criza termică.

4. Cel mai adesea (70%), normalizarea complectă a V. S. este efectuată înaintea dispariţiei totale a umbrei radiologice (deci înaintea resorbţiei complecte a focarului pneumonic), ceea ce denotă că comportarea V. S. în cursul pneumoniei lobare nu este determinată de evoluţia blocului anatomo-patologic pulmonar, ci de modificări umorale al căror mers este în oarecare măsură independent de al acestuia din urmă.

No. curent	Numele	Sexul	Vârsta	Viteza de sedimentare în perioada febrilă	Criza	Viteza de sedimentare în perioada apiretică (de resorbție)	Observațiuni
1	A. V.	B.	14	82 90 97		87 68 31 27 17 7 7	
2	C. V.	B.	17	80 74 58		48 27 29 12 14 10	
3	M. C.	B.	25			81 89 — 14 46 12	
4	A. C.	B.	20	71		64 76 — 71 41 20	
5	F. C.	B.	22	40 40 27		21 18 — — 11 11 5 5	Resorbția neterminată complect
6	D. I.	B.	22	104 100		102 103 46 14 — 15 8	
7	M. G.	B.	22	76 76		104 92 54 17 14 8	Scisurită reziduală
8	F. V.	B.	30	108 85 100		110 101 98 80 60 60 34 14 21 14 8 7	
9	V. T.	B.	24	76		78 62 — 60 51 11 7 14 — 4	Resorbție neterminată complect
10	B. C.	B.	36	139		135 124 122 114 24 28 18 12 14	Pneumonie cu icter
11	Z. I.	B.	14	41 21		27 14 29 21 6	
12	R. D.	B.	15	42 41 72		44 80 61 38 76 51 — 32 18 4 4	Bloc resorbit incomplect
13	N. G.	B.	16	80		94 26 18 14 10 28 32 26	Pleurită reziduală
14	B. N.	B.	22	50 21 50		80 82 62 21 16 +	Sucombat a 12-a zi (uremie)
15	C. M.	F.	33	25 89 97 105 62 45		39 60 31 74 45 17	Bloc încă neresorbit
16	A. C.	B.	15	107		104 40 84 29 29 45 18 41	Scisurită reziduală
17	G. M.	B.	30	118 118		112 101 82 78 61 42 41 70 82 72 40 64 80 67 21	Pneumonie neresorbită
18	B. M.	B.	26	121		120 86 101 118 120 67 52 82 114	Pneum. neresorb. complect
19	A. V.	B.	43	80 110 110 108		98 118 109 95 71 75 21 43 40 41 60 61 28	Resorbție lentă și incomplectă
20	D. N.	B.	22	120 107 67 116 116		— 80 41 30 35	Bloc încă neresorbit
21	M. L.	F.	17	72 70 82 64		64 62 52 42 7 22 41 52 51 58	„ „ „
22	B. G.	B.	23	97 118 112		— 87 20 61 37	„ „ „

Contribution à l'étude de la vitesse de sedimentation des hematies au cours de la pneumonie lobaire aigue.

1. Nous avons étudié la Vitesse de sédimentation des hématies (V. S.) chez 82 malades de pneumonie lobaire aigûe; chez 22 d'entre eux les déterminations ont été faites quotidiennement, nous pérmettant de tracer pour chacun une courbe sédiométrique.

2. Après une ascension qui paraît être brusque et pas du premier jour de la maladie, la V. S. reste très accélérée pendant toute la période fébrile, en traçant un plateau régulier, situé habituellement paralélement et au-dessus du plateau thermique. La valeur de la V. S. pendant cette période dépasse le chiffre de 60 mm. à la lecture dans la première heure, dans 96 % des cas (dans 44 % des cas elle dépasse 100 mm.).

3. Dans la majorité des cas (88 %) le retour à la normale de la sédimentation globulaire se produit après la chute thermique (critique ou en lysis), l'accélération s'en maintenant en plateau encore 3—6 jours (décalage des plateaux). Le retour de la V. S. vers la normale se produit le plus souvent (66 %) brusquement, pareillement à la crise thermique.

4. Le plus souvent (70 %) le retour complet à la normale de la V. S. est éffectué avant la disparition totale de l'ombre radiologique (donc avant la resorption complète du foyer pneumonique), ce qui dénote que la comportation de la V. S. au cours de la pneumonie lobaire n'est pas déterminée par l'évolution du bloc anatomo-pathologique, mais par des modifications humorales dont l'évolution est en partie independente du celui-là.

CĂRŢI PRIMITE LA REDACŢIE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. Florian: Les varices. Les éditions d'état, Bucureşti, 1947.

Prof. D. Negru: Energia atomică în medicină. Tip. „Cartea Românească", Cluj, 1947.

A. Stroe, St. Drăgănescu, Gh. Constantinescu et I. Turcu: Contributions à la connaissance de la poliomyélite en Roumanie. Extr. Bull. et mém. soc. méd. hôp. Bucarest, Janvier-Mai, 1946.

A. Paunesco-Podeanu et I. Tzural: Les troubles locaux du au froid. At. grafice „Socec", Bucarest, 1946.

Sanatoriul de boli Pulmonare Arad
Medic Primar: Director D-r P. Siiartău
Secţia I Chirurgie Spitalul Central Arad
Medic Primar: Docent D-r Alex. Pop

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA ABCESULUI SUBFRENIC IN LEGĂTURĂ CU UN CAZ

de

D-r IOAN BEJAN şi **D-r MLADIN TRAIAN**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Abcesul subfrenic, după cum se ştie, este o colecţie purulentă circumscrisă peritoneală, între muşchiul diafragm şi mezocolon. Diagnosticat pentru prima dată pe viu de Barlow (1845), au urmat apoi lucrările lui Maydl, Débove şi Remondé, Lejars etc..

Această vastă cupolă subdiafragmatică este la rândul ei divizată în mai multe loji, de către organele cari o ocupă, împreună cu ligamentele peritoneale de susţinere, complectate cu aderenţele patologice formate şi cari, determină localizarea abcesului subfrenic, închistat. Aceste loji sunt: două freno-hepatice; dreaptă şi stângă, despărţite prin ligamentul suspensor al ficatului; subhepatică, cavitatea dindărătul epiploanelor şi splenică, toate intraperitoneale. A şasea lojă este aceea posterioară ficatului, înaintea stâlpilor diafragmatici, extraperitoneală, formată din marginile ligamentului coronarian al ficatului şi care comunică cu loja perirenală.

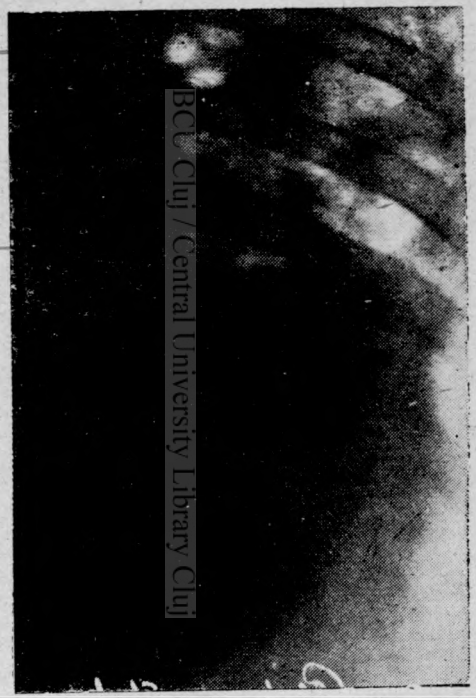
Willaert clasifică abcesele subfrenice în: 1) Abcese negazoase, 2) Abcese gazoase şi 3) Abcese reci.

Abcesul subfrenic, deşi din punct de vedere simptomatic şi terapeutic, se comportă ca o entitate morbidă autonomă, totuşi din punct de vedere etiologic prezintă o variabilitate foarte mare, fiind totdeauna o complicaţie secundară a leziunilor diferitelor organe

ACTA MEDICA ROMANA
Nr. 5-6/947

PLANŞA I

14 | X 946 *Fig No. 1.*
1 Imaginea abcesului
2. Diafragmul uşor ridicat.



24 X 946. *Fig No 2*
1 Imaginea abcesului in involuţie.
2. Imagine hidro-aerică subdiafragmatică.

2 XI 946. *Fig No. 3*
1 Imaginea diafrag.
2. „ hidro-aerică
3 „ costală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

din vecinătate. Printre aceste cauze, în primul rând vin leziunile gastro-duodenale (perforaţia), dând naştere mai ales unui abces subfrenic gazos. Apoi urmează afecţiunile apendiculare, hepato-biliare, afecţiuni acute supurate ale splinei, pancreasului, rinichiului şi a celorlalte organe abdominale mai îndepărtate (genitale, etc.).

O cauză tot directă, de vecinătate, o formează afecţiunile supurate pleuro-pulmonare, însă mult mai rar, propagarea inflamaţiei supurate făcându-se prin puţurile limfatice ale lui Ranvier, cari străbat diafragmul, sau prin perforarea directă a acestuia, de către o colecţie purulentă. Aceste afecţiuni purulente ar fi: Pleureziile purulente acute, pleureziile tuberculoase, bronho-pneumoniile, abcesul şi gangrena pulmonară, din care credem că face parte şi cazul nostru. Abcesul subfrenic mai poate fi urmarea unei infecţii generale pe cale sanghină şi poate fi unic sau multiplu. După Piquand cauza este, în 32% de origine gastrică, în 10% de origine hepatică în 15% de origine apendiculară, în 8,5% de origine intestinală, iar în rest de origine splenică, pancreatică, renală, tuberculoasă şi necunoscută. Abcesul rece ar avea, drept cauză, o osteită tbc.

Abcesul subfrenic evoluează cu simptome de împrumut, după localizarea lui. Cele superioare evoluează cu simptome pleuro-pulmonare, cele antero-inferioare cu simptome abdominale, iar cele retroperitoneale mai mult cu simptome lombare şi peri-renale.

După aceste generalităţi clasice anatomo-clinice, necesare pentru interpretarea cazului nostru, redăm acum observaţiunea clinică a cazului nostru.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este vorba de bolnavul P. S. de 29 ani, plugar din judeţul Arad, care se internează în Sanatoriul de boli pulmonare din Arad, pentru prima dată la 16 Mai 1945, cu stare febrilă, tuse cu expectoraţie supra-purulentă, astenie, etc.

A. H. C. şi Personale: neagă infecţia bacilară în familie, neagă bolile infecto-contagioase.

Ex. Obiectiv: De constituţie medie, cu ţesutul musculo-adipos bine desvoltat. La examenul clinic pleuro-pulmonar se constată o submatitate la baza dreaptă şi câteva raluri subcrepitante medii. Radioscopie: prezintă o umbră de intensitate medie, relativ omogenă, cu contur estompat, care pleacă de sub hilul drept spre diafragm, în apropierea mediastinului, de formă neregulată, alungită, de circa 12 cm. lăţime. B. K. în spută: negativ. Viteza de sedimentare a gl. roşii (Westergreen) după 2 ore = 118 mm. Reacţia Wassermann în sânge negativă.

I se administrează calciu gluconat şi calmante pentru tuse. După 10 zile părăseşte Sanatoriul cu dgn. probabil de tbc. pulmonară. Acasă se simte bine şi lucrează până în Sept. 1946, când revine cu hemoptizii, temperatura 39 grade, frisoane urmate de transpiraţii abundente, anorexie, insomnie şi expectoraţie muco-purulentă fetidă.

Clinic: Se constată o submatitate la baza dreaptă, cu diminuarea respiraţiei şi raluri umede diseminate, în tot câmpul pulmonar drept. B. K. în

spută: negativ. Pe lamă: floră microbiană polimorfă. Leucocitele: 11.000 pe mmc., iar viteza de sedimentare după 2 ore este de 106 mm. Radioscopic, se constată o imagine cavitară de mărime mijlocie, sub clavicula dreaptă, cu ţesut infiltrativ în jur, care umbreşte omogen cele două treimi ale câmpului pulmonar superior, o altă cavitate la nivelul lobului mijlociu. Din partea celorlalte aparate, nimic deosebit.

Tratament: Injecţii cu Cibazol timp de patru zile, iar în ziua de 30 Sept. 1946, i se institue un pneumotorace artificial, care însă nu colabează plămânul decât în cele două treimi inferioare şi se adaugă inj. cu alcool. Nu se observă însă nicio ameliorare şi bolnavul continuă să febriciteze seara până la 38,5.

22 Oct. 1946. Bolnavul face un frison extrem de puternic, iar în zilele următoare acuză dureri spontane la baza hemitoracelui drept, iar la palpare se percepe o sensibilitate vie, pe traectul nervilor intercostali, mai accentuată posterior şi lateral. Tratamentul cu sulfamide aplicat din nou, nu dă niciun rezultat. Starea generală tot mai alterată, febra oscilantă 37,5—40°. Revăzut în ziua de 29 Oct. 1946, se constată o matitate de patru laturi de deget la baza hemitoracelui drept, cu abolirea respiraţiei, iar radioscopic şi radiografic, o ridicare şi imobilizare a hemidiafragmului drept, sinusul costo-diafragmatic liber. La puncţie se extrage un lichid purulent, alb-gălbuiu, murdar. Fixându-i-se dgn. de pleurezie purulentă diafragmatică, închistată, bolnavul este trecut în Serviciul de Chirurgie din Spitalul Central Arad, pentru operaţie.

3 Noembrie 1946. La intrarea în Serviciul Chirurgical, bolnavul prezintă tegumente şi mucoase, palide, forţa fizică mult slăbită şi dispnee. Acuză o durere acută la baza hemitoracelui drept cu iradieri pe toată suprafaţa hipocondrului, tusă chintoasă cu expectoraţie muco-purulentă foarte fetidă, temperatura 37,5 dim., 39—40 seara, frisoane repetate, transpiraţii şi anorexie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Examen obiectiv: La inspecţie se observă o uşoară lărgire şi imobilizare a bazei hemitoracelui drept, prezentând o respiraţie exclusiv costal superioară. In hipocondrul drept pe linia mamelonară imediat sub rebordul costal se observă „a jour frisant" o bombare cât un pumn de copil, cu o defensă musculară netă şi foarte sensibilă la palpare. Aceiaşi sensibilitate vie, pe întreaga regiune a bazei hemitoracelui drept, fără a se putea preciza un punct maxim al acestei dureri. La percuţie se constată matitate lemnoasă pe toată suprafaţa hemitoracelui drept, până la coasta a 5-a. In decubit dorsal, un discret timpanism şi numai la percuţie uşoară asupra regiunei bombate anterioare, care devine mată în poziţia verticală, ce se continuă cu aceea a ficatului în jos, care coboară cu 3—4 laturi de deget sub rebordul costal. La ascultaţie, respiraţie abolită aproape pe toată suprafaţa hemitoracelui drept, spre vârf câteva raluri umede. De partea stângă câteva raluri bronşice. Sputa muco-purulentă murdară, foarte fetidă în cantitate mijlocie. La un examen bacteriologic direct, singurul pe care l-am avut la îndemână, s'a constatat aceeaşi floră microbiană polimorfă. Bac. Koch negativ.

Ap. circulator: Vârful situat în al cincilea spaţiu intercostal stâng, în afara liniei mamelonare. Zgomote cardiace uşor asurzite şi frecvente, puls 120, slab bătut, regulat. T. A. 13—7.

Lojile renale libere, cu un discret edem de partea dreaptă, micţiuni normale. Urina A. urme. P. Z. negativ.

Sistem nervos: Uşoară agitaţie şi anxietate.

In restul abdomenului, nimic deosebit.

Revăzut **radioscopic**, se constată o imagine hidro-aerică cu semnul valului, la sucusiuni sub ecran, de partea hemitoracelui drept care se continuă inferior cu umbra ficatului, iar superior cu o zonă clară corticală, dată de pneumotorace, cu opacifierea neomogenă a jumătăţei superioare a câmpului pulmonar, de intensitate aproape costală, în care nu se mai distinge nicio imagine cavitară. Pentru moment şi în urma acestei examinări complimentare, am rămas pe lângă diagnosticul de pio-pneumotorace inchistat, complicând o supuraţie veche pulmonară, cu o pleură foarte mult îngroşată. Leucocitele: 21.000 pe mmc. Incercând însă, să punctionăm pentru a avea o preciziune şi mai mare, în vederea interventiei chirurgicale, toate încercările au rămas negative. Atunci am indicat bolnavului din nou o **radiografie**, atât în **plan sagital** cât şi de **profil**. Imaginea obţinută este aceea alăturată, hidro-aerică, ce se confundă în jos cu umbra ficatului, iar în sus este limitată de o umbră liniară curbă, cu convexitatea în sus, care nu este altceva decât cupola diafragmatică, foarte mult ridicată şi care se continuă cu opacitatea câmpului pulmonar în parte colabată de un pneumotorace artificial, instituit mai înainte în scop terapeutic. Sinusul costodiafragmatic parţial liber. In urma acestei constatări, ne gândim la eventualitatea unui **abces subfrenic** şi ne hotărîm pentru operaţie Incercând încă o **punctie pe linia axilară medie la 2—3 laturi de deget**, deasupra rebordului costal, se obţine un rezultat pozitiv (puroi cenuşiu, murdar, seros) ce se scurge cu aceiaşi intensitate atât în inspiraţie, cât şi în expiraţie, picătură cu picătură.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Operaţia: executată de d-l Docent D-r Alexandru Pop, ajutat de D-r Bejan. Lăsându-se acul pe loc, se procedează la rezecţia unei porţiuni din coasta 9-a şi a 10-a, şi după ce se face ligatura vaselor intercostale respective, se deschide colecţia exact pe ac, aderenţele între cele două pleure fiind formate. Se evacuează circa 700 cmc. puroi seros, de culoare cenuşie murdară, extrem de fetid. Se drenează cavitatea cu două tuburi de cauciuc. In zilele următoare, după operaţie, febra scade dela 39—40 la 38,5 după masă. Anorexia şi starea de slăbiciune se menţin, respiraţia mai uşoară, pulsul 100—120, regulat, slab bătut. Se administrează cardiotonice centrale şi periferice, glucoză intravenos şi calciu glucozat. La nivelul plăgii drenează acelaşi puroi cu caracter septic (buzele plăgii necrozate, arse), în cantitate mare. La un examen bacteriologic direct al puroiului se constată o floră microbiană mixtă (stafilococ, streptococ, pneumococ) şi prezenţa bacililor, probabil anaerobi.

12 Noembrie 1946: Indicând administrarea de penicilină, familia bolnavului se hotărăşte greu. Intre timp, starea bolnavului agravându-se din ce în ce, sucombă cu fenomene de caşexie.

Necropsia: La deschiderea cavităţii toracice se constată jumătatea inferioară a plămânului drept în parte colabată, în rest simfizată şi sclerozată (scârţie sub cutit), cu mici cavităţi de mărimea unui bob de porumb, cu secreţie purulentă, spre vârf, două mai mari spre hil. Bronchiile mult dilatate, ţesutul pulmonar sclerozat aproape complect, pe alocurea calcificat cu impregnaţie carbonoasă, uşor congestionat şi edemaţiat spre bază. Aderenţe cari cedează uşor, la pleura diafragmatică şi puţin întinse. In cavi-

tatea pleurală puţină secreţie sero-citrină. Pleura şi plămânul stâng, uşoară congestie la bază. Miocardul relativ flasc. Endocardic şi orificial nimic deosebit.

In cavitatea abdominală se constată spaţiul freno-hepatic drept transformat într'o cavitate reală, redusă însă prin evacuarea puroiului, cu prezenţa celor două drenuri de cauciuc, introduse la operaţie, conţinând acelaşi puroi cu aspect murdar şi foarte fetid. Pereţii acestei cavităţi erau formaţi, superior de diafragm, inferior de suprafaţa superioară a ficatului şi ligamentul coronarian posterior, la stânga de ligamentul suspensor al ficatului împins, până dincolo de linia mediană, foarte mult îngroşat, anterior, de peretele toraco-abdominal lipit prin aderenţe puternice şi foarte groase de marginea ficatului, cedând numai la cuţit. La dreapta, peretele cavităţii era de asemenea format de peretele toraco-abdominal. Intre convexitatea ficatului şi baza hemi-toracelui drept se constată prezenţa unei aderenţe foarte puternice, care abia poate fi ruptă cu degetul şi care închidea ca o perdea, complect, cavitatea subdiafragmatică de mai sus, drenată, şi forma în acelaşi timp peretele superior a unui al doilea abces, plin, sub tensiune, cu acelaşi puroi murdar şi tot aşa de fetid. Această a două colecţie ocupa o cavitate formată; superior de această bridă puternică, anterior şi extern de peretele abdominal al flancului drept, intern de restul suprafeţei convexe a lobului drept al ficatului, mult scoborît şi inferior de o a doua bridă care închidea această lojă. Acest abces infero-extern avea o capacitate mai mare decât un pumn de adult şi conţinea circa 500 cmc. puroi septic. Stomacul duodenul, pancreasul şi restul abdomenului şi economiei, nimic deosebit.

Din expunerea clinică şi anatomo-patologică a cazului nostru, reese clar că este vorba de un abces subfrenic gazos, prin desvoltarea agenţilor patogeni, de origine toracică, cu punct de plecare dintr'un proces vechiu, cronic, reacutizat de supuraţie pulmonară şi anume un abces pulmonar, dela care propagarea s'a făcut mai probabil pe cale limfatică, (puţurile limfatice ale lui Ranvier). După cum am văzut mai sus, această cale este posibilă anatomiceşte, cele două procese supurate fiind de aceeaş parte, o cale mult mai directă, deci mai plauzibilă, decât cea hematogenă.

Pe de altă parte, nu se poate exclude complect nici calea hematogenă, avându-se în vedere că bolnavul prezenta o stare generală septică, cu frisoane aproape zilnice, urmate de transpiraţii profuze şi oscilaţii mari de temperatură, la cari se adăugau şi hemoptiziile repetate (vase sanghine deschise).

Sub influenţa pneumotoracelui instituit, cavitatea pulmonară dela nivelul hilului drept se colabează, se micşorează din ce în ce, aşa că la ultima radioscopie nici nu se mai observă. Expectoraţia a rămas tot fetidă şi cu acelaş caracter, însă s'a împuţinat foarte mult. Pe măsură ce starea pulmonară se ameliorează, pe aceeaş măsură începe să evolueze abcesul subfrenic, devenind o supuraţie închisă, după cum se vede din radiografiile alăturate. O particularitate asupra căreia trebuie atras atenţia, în radiografia din 2/11—1946, o formează faptul că imaginea hidro-aerică este, în parte, mascată de umbra costei dela acest nivel, care se aşează imediat sub diafragm. Alt semn radiografic constatat pe radiografia noastră, mai este şi deplasarea la stânga a inimei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Abcesul subfrenic cu punct de plecare pleuro-pulmonar este o eventualitate rară şi mai rar ca o complicaţie a abcesului pulmonar, aşa cum este în cazul nostru, la care nu am găsit nici una din cauzele, incriminate, afară de procesul supurat pulmonar din dreapta.

Una din dificultăţile cele mai mari în evoluţia abcesului subfrenic, o formează precizarea diagnosticului, care trebuie făcut, ţinând seama de antecedente şi de toate semnele clinice, după forma de evoluţie (toracică, abdominală, lombară), la care se adaugă cele radiologice, plus puncţia exploratoare. Aceasta din urmă de multeori negativă la primele încercări, cum a fost şi în cazul nostru, trebue repetată de multe ori şi în locuri diferite, ţinând seama atât de topografia regiunii şi transformările clinice (bombare, matitate), cât mai ales de localizarea durerii maxime. „Si la ponction reste blanche il ne faut pas hésiter à la répéter en un autre point (Beck)", „Conseille de la recommencer une douzaine de fois si c'est nécéssaire" (Ramond)). Acul trebue introdus încet, în timp ce se aspiră mereu „a chaque pas" (Lejars).

Deşi abcesul subfrenic are cele trei evoluţii clinice cunoscute, după localizarea lui, totuşi în cazul nostru, fiind vorba de o localizare superioară cu o evoluţie simptomatică pleuro-pulmonară, găsim şi manifestări abdominale, reprezentate prin o uşoară bombare, la nivelul hipocondrului drept, până aproape de epigastru abia perceptibilă la o inspecţie tangenţială şi atentă, cu o sensibilitate destul de vie la palpare, la acest nivel. Însă fiindcă fenomenele pulmonare erau mai evidente şi acelea cari dădeau gravitatea cazului, am întrebuinţat şi alte mijloace de investigaţie, în vederea unei cât mai bine precizări a diagnosticului şi s'a intervenit pe cale transpleuro-diafragmatică, pentrucă aşa s'a crezut mai potrivit.

Caracteristica cea mai importantă a cazului nostru o formează însă duplicitatea abcesului nu printr'o formaţiune ligamentară sau altă formaţiune anatomică naturală descrisă, ci printr'o bridă fibroasă, aderenţială, ce se întindea dela suprafaţa convexă a ficatului la peretele flancului drept, complectând planşeul abcesului principal şi formând plafonul celui de al 2-lea abces laterohepatic drept, dispoziţiune ce n'am găsit-o descrisă nicăieri şi care a fost desigur cauza sfârşitului letal al bolnavului nostru. Acest al 2-lea abces cu o capacitate cât un pumn de adult şi din care s'a scurs o cantitate de 500 cmc. puroi murdar şi fetid, nu a putut fi pus în evidenţă nici clinic şi nici radiologic, din cauza suprapunerii matităţii şi umbrei hepatice, care în mod normal ocupă această regiune şi cu care coincidea în modul cel mai exact. Singurele mijloace prin cari am fi putut pune în evidenţă, sau bănui măcar această localizare neobişnuită şi la adăpostul mijloacelor de investigaţie, ar fi fost edemul discret al tegumentelor respective, sensibilitatea vie la acest nivel şi puncţia exploratoare, acestea toate, după deschiderea colecţiei de deasupra, avându-se în ve-

BCU Iaşi / Central University Library Cluj

dere că starea generală a bolnavului în loc să se amelioreze, rămâne aceeaş, sau chiar se agravează din ce în ce (aceleaş frisoane urmate de ascensiuni febrile şi transpiraţii profuse), plus leucocitoza care rămâne mai departe crescută 18.500 mmc.

Dar trebue să recunoaştem că la această eventualitate nu ne-am putut gândi, din moment ce ne aflăm în faţa unui bolnav operat, la care se deschisese o colecţie mare de puroi de vecinătate, bine precizată, clinic, radiologic şi prin puncţie, colecţie bine limitată şi controlată digital. Intâi pentru că puroiul extrem de septic şi gangrenos care se drena prin plaga imediat deasupra produsese gangrena buzelor plăgii, aşa că edemul discret şi sensibilitatea care ne-ar fi putut îndemna să facem puncţia, au fost puse pe seama acestei transformări a plăgii, iar în al doilea rând această stare generală ne-a făcut să ne gândim mai mult la o stare septicemică, propusesem chiar familiei administrarea de penicilină, dar am fost depăşiţi de desnodământul letal al tuturor acestor fenomene.

Pe de altă parte, nu se poate discuta nici faptul că în momentul intervenţiei, nu a fost bine debridat conţinutul abcesului deschis, fiindcă era vorba de o colecţie purulentă extrem de septică, bine delimitată prin pereţi groşi, ceea ce ar fi constituit o mare eroare, în principiu, de tehnică, fiindcă neştiindu-se de această a două colecţie purulentă, inchistată, ruperea acestei aderenţe puternice cu degetul, ar fi produs o revărsare bruscă, în toată cavitatea peritoneală, ceea ce ar fi produs moartea bolnavului, în câteva ceasuri.

Digitized by Central University Library Cluj

Pentru aceste particularităţi pe cari le prezintă cazul nostru şi mai ales această din urmă, am crezut interesant şi practic a-l publica, redând mai pe larg observaţiunea clinică a bolnavului.

Tratamentul abcesului subfrenic este numai cel chirurgical, care dacă este aplicat la timp, poate salva viaţa bolnavului. Fără intervenţie chirurgicală, bolnavii ajung repede într'o stare de caşexie şi sfârşitul letal este inevitabil. In cazul nostru avem credinţa, că dacă ar fi fost găsit şi deschis şi al doilea abces, bolnavul cu toată starea lui pulmonară destul de compromisă, ar fi rămas încă în viaţă. După studiul statistic al lui Piquand pe 890 observaţii, la 358 cazuri neoperate s'a găsit 92% mortalitate, faţă de 38% la cazurile operate.

Intervenţia chirurgicală se face după localizarea abcesului, fie pe cale abdominală la nivelul bombării sub rebordul costal, fie pe cale transpleuro-diafragmatică sau pe cale lombară. In cazul nostru s'a intervenit pe cale transpleuro-diafragmatică, fiindcă am socotit că mai bine va fi drenată colecţia pe această cale, fiind localizată exact deasupra ficatului, avându-se în vedere şi poziţia culcată a bolnavului, aderenţele între cele două pleure fiind deja organizate.

Concluziuni: 1. Abcesul subfrenic gazos, complicând o afecţiune pulmonară este o eventualitate rară, el fiind deobiceiu consecinţa

unei afecţiuni gastro-duodenale, apendiculare, hepato-biliară, etc.

2) Abcesul subfrenic de obiceiu este unic, poate fi însă şi dublu sau multiplu, localizarea acestora fiind determinată însă de formaţiuni anatomice naturale, cunoscute. Duplicitatea lui prin formaţiuni patologice, aderenţiale este rară, iar localizarea celui de al doilea abces latero-hepatic drept, ca în cazul nostru, este necunoscută.

3. Abcesul subfrenic deşi de origine diferită şi cu o etiologie foarte variată, totuşi evoluează ca entitate morbidă independentă cu simptome ce diferă după localizarea lui, toracică, abdominală, sau lombo-renală. Abcesul subfrenic cu evoluţie toracică şi abdominală totodată, ca în cazul nostru, este o eventualitate de asemenea rară.

4. Una din caracteristicile abcesului subfrenic gazos sau negazos, este dificultatea de precizare a diagnosticului. Pe lângă antecedente, semnele clinice şi radiologice, trebue insistat mult asupra rezultatului şi semnelor obţinute prin puncţie, care trebue repetată chiar de multe ori, în caz negativ şi în puncte diferite, ţinând seama de topografia regiunei, modificările clinice şi radiologice.

5. Tratamentul este cel chirurgical şi instituit precoce. Intervenţia se face pe cale abdominală, transpleuro-diafragmatică sau pe cale lombară, după localizarea colecţiei purulente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

6. Oridecâteori un bolnav operat pentru abces subfrenic, continuă să aibe frisoane, cu febră tot atât de oscilantă, leucocitoză constant ridicată şi starea generală tot mai rea, fără nicio ameliorare şi să acuze mai departe dispnee şi dureri la baza hemitoracelui respectiv, sau opus, să ne gândim la duplicitatea sau multiplicitatea prin formaţiuni anatomice naturale, sau la duplicitatea abcesului subfrenic prin aderenţe patologice, cu localizare din cele mai curioase, cum a fost în cazul nostru, unde numai durerea şi puncţia ne poate conduce asupra lui.

BIBLIOGRAFIE

D-r Louis Ramond: Conférences de clinique médicale pratique. — A. Gosset et D. Petit-Dutaillis: Pathologie chirurgicale, Tome IV. — E. Forgue: Précis de Pathologie externe. — Nordmann-Kirschner: Die Chirurgie. — Haţieganu-Goia: Tratat de semiologie şi patologie medicală. — D-r Cioran S. şi D-r Sima C.: Un caz de abces subfrenic gazos, operat, vindecat. Revista sanitară militară Nr. 4, Aprilie, 1932.

Clinica Chirurgicală din Cluj
Director: Prof. D-r Alexandru Pop

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA OCLUZIEI INTESTINALE DE ORIGINE APENDICULARĂ

de

D-r CRIŞAN MIRCIOIU şi **D-r EUGEN COSMA**

In ocluzia intestinală de origină apendiculară, cauza trebue căutată totdeauna la apendice. Ocluzia poate fi datorită apendicelui însăşi şi este concomitentă cu inflamaţia acestuia, adică cu criza apendiculară, urmează acestea sau este postoperatoare, survenind după intervenţiile pentru apendicită, ca o complicaţie mai tardivă. Clasificări multiple, după punctul de vedere al autorului, au împărţit în mod variat ileusul de origină apendiculară. In general însă poate fi vorba de: **ocluzii primitive preoperatorii**, în care fenomenele oclusive survin concomitent cu fenomenele de iritaţie apendiculară; în această formă ocluzia se datoreşte oricum apendicelui. **Ocluzii postoperatorii imediate sau precoce**, în care fenomenele oclusive sunt în continuarea intervenţiei operatorii şi însfârşit: **ocluzii secundare sau tardive** care apar la un interval mai lung sau mai scurt ce poate să ajungă la câţiva ani după intervenţie şi care presupune deci totdeauna existenţa unei perioade în care tranzitul intestinal a fost reluat, între intervenţia operatorie şi accidentul oclusiv. Din capul locului trebue îndepărtate din vederile noastre **ileusurile paralitice**, prin atonie intestinală ca urmare a unei peritonite localizate sau generalizate, fie că peritonita este de origină apendiculară sau nu.

Ocluzia intestinală de origină apendiculară este o complicaţie mai puţin rară decât s'ar părea. In 1934, ca să cităm numai o statistică, M. Renon şi H. Laffite, într'un raport „Douăzeci şi şase de ocluzii de origină apendiculară", publicat în „Bulletin et Memoire de Soc. Nat. de Chir. Paris", arată că într'un interval de 7 ani au operat 1113 apendicite acute, dintre care 223 au fost grave, cu 38 morţi. La aceste cazuri au avut 26 cazuri de ocluzii, cu 13 morţi, adică 1/3 din totalitatea morţilor, în urma apendicitei, ceea ce subliniază nu numai frecvenţa ci şi gravitatea acestor ileusuri. De notat că datele statistice se referă la totalitatea formelor de ileus.

In clinica noastră în intervalul dintre 1941—1946, s'au operat 1024 apendicite acute, cu o mortalitate de 9 cazuri, adică 0,87%. In acelaşi interval de timp au fost 6 cazuri de ileus apendicular cu un singur mort. Toate aceste cazuri au fost secundare, tardive şi sigur că şi acesta este unul din cauzele că mortalitatea este cu mult mai mică decât cea a autorilor suscitaţi. Pentrucă o intervenţie după o altă intervenţie — lucru care se întâmplă în ocluziile apendiculare precoce — dă în general lovitura mortală cazurilor şi aşa intoxicate prin fenomenele de ocluzie şi slăbite ca rezistenţă din cauza intervenţiei anterioare.

Având un caz de ileus apendicular primitiv, în care criza apen-

diculară a survenit concomitent cu instalarea ocluziei, care se datora apendicelui, vom limita considerațiunile noastre la acest fel de ileusuri.

Iată observația noastră:

Bolnava P. M., de 25 ani, casnică, din jud. Cluj, este adusă de urgență în serviciul nostru în ziua de 8 Mai 1946, pentru dureri abdominale difuze cu intensitate maximă în fosa iliacă dreaptă, greturi, vărsături, supresiunea completă a scaunelor și a vânturilor.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale: la 10 ani pojar și scarlatină; neagă alte boli contagioase sau venerice. Menstruată la 17 ani; epocile catameniale se succed regulat.

De patru ani bolnava are la intervale regulate dureri abdominale cu localizare mai ales în fosa iliacă dreaptă, greturi și ascensiuni termice până de 38°. Aceste crize dureroase dispăreau după repaus la pat, regim hidric și comprese reci aplicate în regiunea dureroasă.

Boala actuală a început brusc înainte 24 ore, cu dureri de fosă iliacă dreaptă, crescând treptat în intensitate și difuzând periodic, în întreg abdomenul, când se însoțeau de greturi, vărsături alimentare, râgâieli, sughițuri.

Dela apariția durerilor are supresiunea completă a vânturilor și senzație de apărare abdominală. Bolnava are senzația unor mișcări de frământare în regiunea fosei iliace drepte. Deoarece la tratamentul obișnuit, repauz și comprese reci, fenomenele nu cedează, bolnava se internează în serviciul nostru.

Examen obiectiv: Temperatura 37,8, pulsul 102 bătăi pe minut. Starea generală ușor alterată. Statura mijlocie, tegumentele, mucoasa, vizibile, mai palide. Sistemul muscular, adipos, bine desvoltat. Ganglionii nu sunt măriți. Aparatul respirator, circulator, uro-genital, normal. Sistemul nervos nealterat

Abdomen: ușor balonat, prezentând o bombare în regiunea fosei iliace drepte. La palpare, sensibilitatea în fosa iliacă dreaptă și periombilical. In fosa iliacă dreaptă se constată o împăstare a peretului abdominal, ce schițează numai apărarea musculară. Palparea mai profundă ar izola parcă o tumoră neregulată, dar mobilă și dureroasă.

Semnul psoasului și contra-lateral pozitiv.

Leucocitoza 14.400. Urina negativ.

Cu diagnosticul de apendicită acută, cu tendință la gangrenare, fenomenele de ocluzie fiind puse pe seama reacției peritoneale se intervine sub anestezie rahidiană (13 ctgr. novocaină).

Se face incizia Mac-Burney și se pătrunde prin secționarea peritoneului în cavitatea abdominală. Se luxează cecul în plagă și situat intern și inferior se constată apendicele lung de 6—8 cm., mărit de volum, hiperemic, turgescent.

Dela vârful apendicelui pleacă o formațiune fibroasă bine constituită cam de 1/2 cm., care se împarte în două: o parte scurt fibroasă cam de 2—3 cm. fixată pe una din ansele ileale aflate sub cec și la dreapta, iar alta, o adevărată bridă fibro-vasculară groasă care înconjoară ultima ansă ileală, strangulând-o cam la 20 cm. de valvula ileocecală și se fixează pe cec în jurul inserției apendiculare, complectând astfel inelul de strangulație.

Ansa ileală prinsă astfel în inelul de strangulaţie este mai dilatată hiperemică, cu pereţii destinşi, fără a prezenta însă alteraţii grave.

Se rezecă între pense brida de strangulaţie, după care, deoarece apendicele are un mezo foarte scurt, se face apendicectomie retrogradă, cu eliberarea apendicelui treptat din cauza inflamaţiei ţesuturilor din jur.

Se refac planurile anatomice; pansament.

La secţiunea pe loc a apendicelui se constată în lumenul apendicular pe lângă conţinutul obişnuit, prezenţa de oxiuri.

Examenul anatomo-patologic arată: (Buletin Nr. 1921 B. Institut de anatomie patologică din Cluj, Prof. T. Vasiliu): In secţiunile făcute din piesa trimisă, se vede încă mucoasa apendiculară, în parte alterată, dedesubt observându-se aparatul limfoid hiperplazic, cu multe hemoragii. In submucoasă sunt de asemenea infiltraţii, focare leucocitare, care se prelungesc şi în musculatură, ajungând până la seroasă care este foarte îngroşată. **Este o apendicită flegmonoasă, pare cu veche leziune peritoneală.**

Mersul postoperator bun. In ziua a 7-a, bolnava după scoaterea firelor de sutură părăseşte clinica vindecată.

Cazurile de ileus apendicular primitiv, în care reamintim apendicita survine concomitent cu strangularea mecanică a intestinului, fiind ea însăşi cauza acesteia, sunt cazuri complexe mai ales prin problemele de diagnostic ce se impun, din rezolvarea cărora trebue să decurgă o conduită terapeutică promptă. Mondor în lucrarea sa clasică „Diagnostics urgents" arată că pentru a rezolva un asemenea caz, clinicianul trebue să ştie să privească posibilitatea unei apendicite complicate cu ocluzie intestinală şi să facă indicaţia unei interventii de urgenţă, evitând o expectativă dăunătoare; să bănuiască într'o astfel de ocluzie interesarea apendicelui, să examineze în acest sens şi să facă apendicectomie. Să cunoască semnele după care într'o operaţie de apendicită este necesară verificarea intestinului pe o lungime mai mare sau mai mică pentru a recunoaşte un volvulus, o bridă sau alt obstacol în tranzitul intestinal; însfârşit în faţa unui tablou oclusiv să cunoască semnele care acuză prezenţa unui focar supurat producând o ocluzie şi să ştie să acţioneze potrivit, printr'un drenaj al colecţiei în punctul decliv, fără executarea unei laparatomii intempestive.

R. Sacerdot, în teza sa dela Paris din 1927 „Contribution a l'etude des oclusions intestinales d'origine apendiculaire", studiază problema ileusului apendicular, limitându-se **„la apendicitele evoluând sub masca unei ocluzii intestinale, aceasta fiind datorită unui obstacol mecanic".**

Sacerdot împarte acest fel de ileusuri în trei categorii:

1. Ocluzii intestinale acute cu accidente inflamatorii condiţionate de o criză apendiculară.

2. Ocluzii intestinale acute evoluând fără semne de infecţie şi fără temperatură.

3. Ocluzii intestinale cronice evoluând fără semne de infecţie şi fără temperatură.

Condiţii **anatomice** (apendice sau mezo-apendice lung), localizarea: pelviană sau mezoceliacă; **fiziologice** (bărbaţi obezi, femei însărcinate), **patologice** (crize repetate apendiculare în trecutul bolnavului, pro-

ducând formarea de aderenţe), determină etiologia acestor forme de apendicită cu caracter oclusiv.

Mecanismul de producere al ocluziei trebue căutat mai întotdeauna în apendicele însăşi. Acesta pe deoparte prin lungimea sa care îl ajută să creeze variate obstacole în jurul ileonului, iar pe de altă parte prin inflamaţia sa care determină fixarea vârfului său într'un alt punct pe un organ abdominal constitue un inel în care intestinul este deja prins sau se angajează secundar să se strangulеze. Este vorba de îmbinarea unui factor oclusiv mecanic şi un factor inflamator, apendicita, care determină un sindrom comun, ileusul apendicular. In alte cazuri, mecanismul de producere al ocluziei intestinale în timpul crizei apendiculare se datoreşte unei bride organizate, unui volvulos al cecului şi al intestinului, unui abces situat profund de origină apendiculară în jurul căruia printr'un mecanism de apărare se aglutinează ansele intestinale, determinând pe lângă cudura lor şi oedemaţiere a peretelui care agravează şi mai mult fenomenele oclusive, pe lângă atonia intestinală de natură inflamatorie.

De altfel, tablourile anatomo-patologice ale ileusului apendicular, corespund acestor mecanisme de producere. Uneori întâlnim un apendice inflamat cu mezoul congestionat, cu false membrane şi depozite fibrinoase, determinând un inel prin fixarea sa la un organ vecin inel în care se angajează o ansă, dilatată, edemaţiată, negricioasă chiar, fără contracţiuni peristaltice. Inelul de strangulare poate fi format şi din bride pornind dela nivelul apendicelui. Alteori se constată o massă formată din îngrămădirea unor anse intestinale congestionate, dilatate, altele de aspect normal, unite între ele printr'un exudat pseudo-membranos care le ţine aşa de strâns, încât orice încercare de deslipire duce adesea la ruperea anselor şi în orice caz la o deperitonizare apreciabilă.

Intre ansele aglomerate se constată sau o colecţie unică, sau colecţii multiple inchistate, în care zace apendicele, originea infecţiunij, gangrenos, perforat, ba chiar amputat eliberat de originea sa cecală.

Intre aceste aspecte, toate intermediarele sunt posibile.

In ocluzia acută, însoţită de accidentele inflamatorii datorite apendicitei, fenomenele de ileus se combină cu cele de apendicită şi accentul trebue să cadă pe fenomenele inflamatorii pentru a descoperi apendicita care zace la baza sindromului. Pe lângă un debut brusc, cu durere abdominală difuză epigastrică sau paraombilicală, vărsături alimentare, supresiunea completă a scaunelor şi a vânturilor, temperatura oscilează între 38—39°, pulsul se accelerează concomitent cu temperatura. Sub raportul semnelor fizice totul pledează pentru un ileus. Este caracteristic faptul că nu se întâlneşte **nici apărarea musculară, nici contractura peretelui abdominal.** Totuşi o examinare atentă poate să descopere uneori o iperestezie cutanată a regiunii apendiculare sau durere în regiunea cecală la o palpare profundă. Examenul de laborator relevă de asemenea o hiperleucocitoză caracteristică inflamaţiei supurative abdominale, ceea ce nu se găseşte în cazul unui ileus neasociat.

Chiar dacă semnele apendiculare sunt abia schiţate sau dacă uneori se pot pune în evidenţă categoric, ceea ce domină scena, sunt fenomenele de ileus şi diagnosticul trebue pus prin asocierea sem-

nelor de ocluzie cu cele inflamatorii. In faţa unui tablou de ileus, gândirea chirurgului se îndreaptă de obiceiu spre ocluzii mecanice situate spre sfârşitul ileonului şi deosebirea acestor sindrome de ileusul apendicular se face prin lipsa simptomelor care caracterizează inflamaţia şi care au fost amintite mai sus.

In cazul în care într'un ileus apendicular predomină semnele inflamatorii, confuzia se face mai des cu ileusul paralitic de origină apendiculară. In aceste cazuri semnele inflamatorii generale şi locale predomină, durerile sunt mai puţin acute, vărsăturile mai puţin dese, oprirea gazelor mai puţin absolută şi ameliorarea după aplicarea de mijloace terapeutice conservatoare luminează tabloul clinic.

Sfârşitul ileusului apendicular cu fenomene inflamatorii manifeste lăsat la bunul-lui plac este întotdeauna mortal, cu semne de infecţie şi intoxicaţie în faţa cărora nimic nu mai poate ajuta.

Este dela sine înţeles că prognosticul acestor cazuri este în funcţiune de iuţeala cu care se intervine. Diagnosticul de obstacol în tranzitul intestinal indică intervenţia de urgenţă. O operaţie de urgenţă va permite îndepărtarea focarului apendicular fără mari distrugeri anatomice, alteraţiunile anatomo-patologice fiind abia schiţate, în timp ce întârzierea pe lângă că aduce un bolnav intoxicat, accidentele operatorii sunt mari, ansele destinse, friabile aderenţe puternice, imposibilitatea de a găsi un plan de clivaj, necesită pentru rezolvare operaţii laborioase al căror rezultat este mai adesea iluzoriu.

In ocluzia acută fără semne clinice de apendicită, accentul cade totdeauna asupra fenomenelor de ocluzie care evoluează în mod clasic, poate ceva mai accelerat ca urmare a asociaţiei infecţiei apendiculare. Apendicita nu se face simţită în lipsa ridicării temperaturii şi accelerării pulsului decât prin prezenţa inconstantă a hiperestaziei cutanate în regiunea apendiculară, sau prin dureri la acel nivel. Avizaţi asupra combinaţiei ileus-apendicită poate e bine să dăm importanţă aşa cum spune Sacerdot **„chiar unei simple diminuări a supleţii la nivelul fosei iliace drepte"**. Prezenţa hiperleucocitozei este de asemenea foarte preţioasă.

Capital în această formă este să se pună diagnosticul de ocluzie care impune o intervenţie chirurgicală de urgenţă, salvatoare.

Întârzierea în aceste cazuri s'ar datori confuziei fie cu un deranj gastro-intestinal, fie din cauza intensităţi durerilor, cu o colică hepatică nefretică, eventual saturnină sau chiar cu criza dureroasă tabetică. Examenul complect şi atent relevând prezenţa undelor peristaltice, supresiunea completă a scaunelor şi a vânturilor, vărsăturile caracteristice, succesiunea frecventă a crizelor de ocluzie, îndepărtează pentru un medic cât de cât orientat, aceste posibilităţi, evitându-se temporizarea. Intârzierea, numai trebue amintit, grăbeşte sfârşitul letal pe deoparte prin tulburări toxico-nervos oclusive, iar pe de altă parte prin cele toxi-infecţioase apendiculare.

Tratamentul: Cele amintite până aci recomandă în mod definitiv ca singură soluţie, tratamentul exclusiv chirurgical. Indiferent dacă diagnosticul este pus pentru apendicită sau pentru ileus, întârzierea subtilităţilor diagnostice este dăunătoare şi soluţia sigură este intervenţia chirurgicală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După cum diagnosticul înclină spre apendicită sau spre ileus, incizia va fi în fosa iliacă dreaptă sau mediană supra sau sub-ombilicală, aceasta din urmă dând o lumină cu mult mai mare în cavitatea abdominală. Deschiderea cavității abdominale va indica conduita operatorie. In general îndepărtarea apendicelui aderent la o ansă intestinală, sau secționare unor bride pornind din regiunea apendiculară ca și a apendicelui cu verificarea ultimilor centimetri din ileon, rezolvă problema.

Mai grele sunt soluțiile de dat în cazul conglomeratelor inflamatorii mecanice, aderențiale, înlăuntrul cărora nu știi la ce să te aștepți. In asemenea cazuri este de încercat pe cât posibil deslipirea anselor acolate chiar cu prețul unor suprafețe deperitonizate sângerânde care trebuesc iar acoperite, deoarece produc alipiri între anse și mai masive și chiar ileus paralitic consecutiv traumatismului. Pentru întâmpinarea acestui neajuns poate este bine să se fixeze în plagă cecul sau o ansă ileală juxta-cecală, care ar asigura în caz că tranzitul nu este reluat, degajarea intestinală printr'o fistulă.

In cazul în care din cauza inflamației masive și înaintate, eliberarea intestinului nu este posibilă, se dă ca soluție, sau o fistulă ileală deasupra focarului, sau o anastomoză internă, entero-anastomoză, sau ileo-transversostomie. Deși discuții îndelungate au avut loc în care chirurgi de seamă au fost pentru o soluție sau pentru alta, astăzi majoritatea autorilor sunt pentru derivație internă și în orice caz clinica noastră nu aplică decât această metodă verificată ca cea mai bună. In adevăr, în timp ce anastomoza internă nu numai că rezolvă tranzitul intestinal, dar pune și în repaus focarul inflamator aglutinat, grăbind în acest fel rezolvarea lui, fistula intestinală pe lângă că nu dă certitudinea unei închideri spontane, dar de cele mai multe ori te obligă la intervenție pentru închiderea ei, ceea ce nu este fără risc. Ceva mai mult, adesea fistulele se fac sus pe ileon, ceea ce are ca rezultat agravarea stării bolnavului prin deshidratare și denutriție rapidă, ca și alterarea peretelui abdominal prin sucurile intestinale revărsate.

Digitized by Biblioteca Universitară "Iaşi"

Insfârșit, pentru încheere trebue amintit că rezolvarea focarului generator de ocluzie este obligatorie, fie că găsești soluția îndepărtării lui prin incizie drenaj, fie că poți medicamentos să grăbești rezoluția lui. Poate că este bine de subliniat și aici că răscolirea unor asemenea focare în vederea descoperirii apendicelui și a îndepărtării lui este dăunătoare și contraindicată, cunoscând că prin invadarea puroiului în cavitatea peritoneală se poate transforma o inflamație localizată cu ocluzie subacută într'o peritonită supraacută fatală.

Clinica chirurgicală din Cluj aplică acest desiderat, ca urmare a unei experiențe îndelungate, nu numai în cazurile de apendicite complicate cu ileus, ci chiar și în toate formele de apendicită, unde îndepărtarea apendicelui ar constitui perturbarea unui focar inflamator; în aceste cazuri, după metoda d-lui Prof. D-r Alexandru Pop se dreneazā numai focarul lăsându-se apendicele pe loc, cu rezultate foarte bune.

In cazul nostru este vorba de o ocluzie apendiculară primitivă în care ileusul a survenit concomitent cu criza apendiculară; ileusul fiind datorit apendicelui. Momentele patognomonice se înlănțuesc distinct în vederea conturării acestui caz. In antecedente se remarcă crize apen-

diculare repetate, ceea ce constitue un factor etiologic important pentru ileusul apendicular, fiecare criză aducând formarea de noui aderenţe, care măresc posibilitatea apariţiei unui asemenea ileus. De altfel buletinul anatomo-patologic, prin concluzia sa „o apendicită flegmenoasă cu veche leziune peritoneală" întăreşte această afirmaţie.

La semnele de ileus, dureri abdominale difuze, survenind în criză, senzaţia unor mişcări de frământare, cu punct de plecare în fosa iliacă dreaptă, oprirea scaunelor şi a vânturilor, se adaugă semnele de inflamaţie apendiculară; punctul maxim dureros în regiunea apendiculară, temperatura 37,8, pulsul 100 pe minut, leucocitoza 14.000, împăstarea în fosa iliacă dreaptă cu hiperestezia cutanată a peretelui abdominal. De notat lipsa apărării musculare. Tumora care se palpa în fosa iliacă dreaptă şi care nu avea caracter inflamator, se datora conglomeratului format din cec, apendice şi ansa iliacă prinsă în inelul de strangulaţie.

Operator, se constată un apendice inflamat, dela care pornesc bride puternice ce constitue un inel în care ultima ansă ileală era prinsă şi strangulată. Secţionarea şi îndepărtarea apendicelui flegmonos, a adus vindecarea bolnavei. In interiorul apendicelui pe lângă alteraţiunile anatomo-patologice ale mucoasei s'au găsit oxiuri care au constituit — fără îndoială — determinanta inflamaţiei apendiculare.

In cazul nostru, ileusul se datora bridelor puternice, pornind dela apendicele inflamat. Acestea după înconjurarea unei anse subţiri, se fixau pe cec constituind un inel de strangulare. Cazul face parte din prima categorie deosebită de Sacerdot: Concomitenţa fenomenelor oclusive şi a inflamaţiei apendiculare, cu ocluzia determinată de un factor mecanic.

Interesant de remarcat este faptul că fenomenele de ocluzie intestinală mergeau paralel cu cele de apendicită, adică putându-se separa la o analiză atentă în două grupe distincte. Aceasta ar deosebi, credem noi, ileusul apendicular ce se datoreşte unor bride pornind dela apendicele inflamat, de ileusul datorit apendicelui însăşi, când fenomenele oclusive inflamatorii se intrică în aşa fel, încât nu se pot separa în grupe distincte.

La condiţiile pe care le cere Mondor, pentru cunoaşterea unor asemenea cazuri, am răspuns prin aceia că am intervenit de urgenţă pentru apendicită acută, rezolvând astfel cazul şi descifrând şi celelalte întrebări pe masa de operaţie.

Ar fi trebuit poate să recunoaştem ileusul din durerile abdominale difuze în crize, din prezenţa mişcărilor peristaltice abdominale, din oprirea scaunelor şi a vânturilor şi să interpretăm sindromul ca atare, totuşi prezenţa fenomenelor apendiculare acute ne-a determinat să dirijăm gândirea noastră în această direcţie, punând problema numai din acest punct de vedere.

KIST BRANCHIAL LATERO-CERVICAL

Operat—Vindecat

de

D-r F. CRĂCIUN

Medic şef al Spitalului Tg.-Neamţ

In ziua de 15 N-brie 1946, un coleg ne trimite bolnavul I. B. din Tg.-Neamţ—Humuleşti, în etate de 16 ani, cu diagnosticul de Lipom în regiunea laterocervicală, spre a fi operat.

Ni se prezintă un tânăr bine desvoltat cu o formaţiune anormală în regiunea laterocervicală dreaptă, care ne spune că tumoarea aceasta i-a apărut de vreo cinci luni, crescând treptat, până ce a ajuns de mărimea unui cartof mare.

Consideraţii mai mult estetice şi teama de complicaţii îl determină să se supună intervenţiei; nu simţe dureri, numai o oarecare jenă la mişcarea de notaţie exagerată a capului spre dreapta.

Cercetând antecedentele sale heredo-colaterale şi personale, nu găsim nimic deosebit, iar examenul aparatelor ne arată că avem în faţă un flăcău sănătos, bine echilibrat glandular şi fără tare organice.

In tot timpul evoluţiei tumorii, nu are marcat ascensiuni termice.

Trecem deci la examenul clinic al tumorii: în regiunea latero-cervicală stângă, constatăm o tumoare, bine conturată, de forma şi mărimea unui cartof mare, apărând în triunghiul dintre marginea posterioară a sternocleidomastoidianului şi marginea anterioară a trapezului, cu un pol mai mic supra tiroidian până aproape de mastoidă, şi un pol mai mare în fosa supraclaviculară, tumora ei relativ mobilă, cu oarecare finitate în profunzime, nedureroasă, fluctuentă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dela început am îndepărtat din diagnosticul diferenţial neoplaziile solide, — maligne — ca limfadenomul leucemic, limfadenomul aleucemic, limfo-granulomatoza malignă, ((mal. Hodkin-Sternberg) limfosarcomul epiteliomul branchial ca şi neoplaziile solide benigne: fibromul şi lipomul, deşi pseudo-fluctuenţa acestuia din urmă, a determinat pe unul din colegi să se gândească la el.

Examinând bolnavul, ne-am oprit astfel pentru facerea diagnosticului la tumorile cu conţinut lichid şi neoplaziile kistice ale regiunei laterocervicale. Apariţia tumorii la adolescenţă nu ne-a oprit asupra kistului seros congenital al gâtului — aşa numitul limfangiom kistic, tumoră neincapsulată, neregulată, totdeauna multiloculară, aparentă dela naştere.

Integritatea scheletului vertebral a eliminat şi un abces de origină potică.

Puncţionând tumora, extragem un lichid seros alburiu, îngrădind astfel şi mai mult afecţiunile ce ar putea fi confundate cu maladia pacientului nostru şi a eliminat angiomul cavernos profund, tumoră rară, difuză, reductibilă, mărindu-se la eforturi, dând la puncţie, sânge; de asemeni kistul hidatic, la acest nivel cu totul rar, precum şi kistul sanguin cu cele trei teorii patogenice: a) de transformarea unui angion; b) de transformarea unui kist congenital sau dermoid prin hemoragie intrasaculară sau comunicare secundară cu o venă; şi c) o anomalie de desvoltare a aparatului venos, veinomul lui Tichoff.

Dintre afecţiunile acute sau cronice ale aparatului limfatic am eliminat prin evoluţie şi simptomatologie adenita cervicală acută şi adenita cronică simplă, — de existenţă teoretică în afara Tbc. şi sifilisului şi cu sediul submaxilar mai ales, — rămânând din bolile care pot modifica ganglionii cervicali tuberculoza şi sifilisul.

Prezenţa unei gome sifilitice ramolite în cazul nostru se exclude prin antecedentele cu totul lipsite de manifestări specifice cât şi prin aspectul clinic al tumorii.

Tuberculoza ganglionară obişnuit primitiv locală în regiunea laterocervicală şi apărând în a doua copilărie şi la pubertate ca în cazul nostru, poate prezenta două forme, una limfomatoasă, şi alta cazeoasă: cea din urmă trecând prin cele trei stadii de tumoră solidă, de abces rece şi de cavernă fistulizată.

Din aceste forme, cea cazeoasă, în stadiul de abces rece este rar monoganglionară, sau este numai în aparenţa monoganglionară — o palpare mai atentă descoperind ganglionii vecini prinşi, — deasemenea ganglionul abcedat nu ajunge nici odată de mărimea tumorei noastre, — iar limfomul tuberculos prezinta o masă voluminoasă de ganglioni fermi, netezi, ovoizi, fără periadenită variind până la mărimea unui ou şi care supurează rar.

A rămas prin excludere o singură afecţiune către care ne-am îndreptat diagnosticul — **chistul branchial dermoid** sau **mucoid** tumori chistice uniloculare clinic necongenitale, mai des observate în a doua copilărie şi la pubertate între 15—20 ani, având o creştere lentă şi progresivă la pubertate sau un puseu de creştere rapidă, — indolente, nedând turburări funcţionale.

Dintre localizările topografice, chistele branchiale laterale numite şi subhioidiene sunt rare, ocupă vecinătatea sterno-cleido-mastoidianului putând adera la acest muşchi, sau la marele corn hioid sau la vasele carotidiene aderente ce le dă oarecare fixitate într'un senz sau altul. Sunt uneori rotunde alte ori ovoide sau alungite vertical (chiste canaliculate).

Pielea este netedă şi mobilă deasupra chistului; consistenţa renitentă, pastoasă, ori moale sau fluctuentă — Linhardt descrie semnul godetului care se întâlneşte rar — nici în cazul nostru nu l-am găsit.

Etiologic, influenţa sexului pare neînsemnată, Rolland, Lannelongue găsesc o mare frecventă la sexul masculin.

Ca patogenie, s'ar forma din anclavarea ectodermului în fundul şanţurilor branchiale externe şi mai ales în momentul închiderii sinusului cervical. Teama complicaţiilor — infectarea cu supuraţia şi turburări de compresiune cu crize dispneice — precum şi considerente estetice l'au determinat pe bolnavul nostru să accepte operaţia.

Se intervine în ziua de 16 Noembrie 1946, operator Dr. Crăciun, asistent Dr. Wiener sub anestezie locală, novocaina 1% şi precedată de inj. 0,02 ctg. morfină. Dintre incizii am preferat incizia lui Krüger ce ni s'a părut cea mai estetică dintre incizile propuse pentru regiunea laterocervicală. Ea pleacă dindărătul

mastoidei, coboară vertical pe relieful marginei anterioare a trapezului până la un lat de deget de claviculă, când se curbează devenind paralelă cu clavicula şi terminându-se în dreptul mijlocului ei. Se formează astfel un mare lambou care se disecă şi se răstoarnă, permiţând disecţia profundă a pungii; — chistul e cu intime aderenţe supra-claviculare, de plexul brachial şi vasele mari. Se face hemostază atentă, se excizează kistul — şi se închide plaga, drenându-se cu o meşă — ce se înlocueşte cu o lamă de cauciuc peste două zile, şi care permite drenarea lichidului limfatic.

Vindecare complectă în 15 zile. Examenul anatomo-patologic al chistului nu s'a făcut; el conţine un lichid mucos albicios şi pereţi proprii.

Raritatea chistului branchial mucoid laterocervical, problema diagnosticului ce ne-a făcut să trecem în revistă toată patologia chirurgicală a regiunei precum şi dificultăţile operatorii conduse la bun sfârşit, ne-au îndemnat la comunicarea cazului de faţă.

Spitalul din Orşova.

FLEGMAŢIA ALBA DOLENS CU LOCALIZĂRI MULTIPLE. — FLEBITA MIGRANS

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de

D-r FENEŞANU I. şi ARCAN V

Se expun două cazuri de flebite a membrelor inferioare în urma infecţiilor puerperale provocate de avorturi empirice.

Flebitele ambelor membre inferioare odată, sunt relativ rare şi de obicei grave, având de îngrijit două bolnave, le vom prezenta foile de observaţie, apoi vom face câteva consideraţiuni generale asupra lor.

1. Este vorba despre bolnava G. M., în etate de 31 ani, din com. Bârzeasca din jud. Caraş, care este internată în spital în ziua de 30 N-brie 1943, de un confrate, pentru avort incomplect la domiciliu, cu flebita bilaterală a ambelor membre inferioare.

Nimic de remarcat din antecedente, afară de două avorturi provocate. Cu 16 zile înainte de internare în spital, fiind gravidă în luna treia, şi-a provocat singură avortul, introducându-şi rădăcină de pătrunjel în colul uterin a avut apoi pierderi mari de sânge, aproape până la sincope, totuşi n'a consultat pe nimeni. La 7—8 zile a început să aibă frisoane, febră ridicată, după care scurgerile vaginale deveniseră mirositoare.

La vreo 12—14 zile a început să simtă dureri cu furnicături, apoi edeme ale membrului inferior drept, apoi cel stâng. Văzând că starea generală i se agravează din ce în ce mai mult, se decide a consulta moaşa de circumscripţie, care o trimite imediat la un medic, care îi complectează avortul

şi o trimite la spital pentru internare şi îngrijire. La contra vizită constatăm, bolnava de constituţie mijlocie, slabă, cu ochii în fundul capului cianozată cu nasul şi urechile foarte subţiate, tegumentele palide, stă imobilizată în pat cu membrele inferioare întinse şi uşor desfăcute, iar membrul superior stâng de asemenea imobilizat pe perină. Toate trei membre enorm edematiate, având aspectul conic cu baza superioară situată la rădăcina lor. Tegumentele având aspectul albicios întins şi lucios, edemele dure elastice, nu păstrează amprentele degetelor când apăsăm. La suprafaţa edemelor mai ales la rădăcina edemelor, se văd numeroase vene superficiale. Cea mai mică mişcare pe care o imprimăm acestor membre, provoacă dureri exasperante bolnavei, din care cauză singurul lucru ce ne roagă şi ne imploră este să nu o mişcăm.

Chiar palparea acestor edeme, cât de superficială îi provoacă dureri. Pe membrul superior stâng, putem urmări cu uşurinţă un cordon dur, începând dela cot până la axilă în partea internă a braţului.

La examenul genital se constată o scurgere vaginală, urât mirositoare, iar prin tuşeu vaginal putem constata colul uterin întredeschis, permiţând introducerea degetului. Uterul mărit, ambele parametre impastate şi foarte dureroase.

La examenul somatic, constatăm starea generală a bolnavei gravă, cu temperatura 39,9, pulsul mic accelerat, respiraţia superficială, presiunea arterială a membrelor normală.

Urina normală fără zahăr şi albumină. Reacţia Wassermann în sânge negativă. Polinucleoză foarte accentuată (15.000); în frotiul făcut din scurgerea vaginală găsim numeroase polinucleare distruse şi un polimicrobism diferit, nimic din partea celorlalte organe.

Cu tot tratamentul făcut igienic sulfamido-terapie, transfuzii, vaccinoterapie, bolnava sucombă în ziua de 12 Dec. 1944.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In rezumat este o bolnavă care a prezentat flebita ambelor membre inferioare şi a membrului superior stâng, cu edeme albe dure (Flegmaţia albă), cu impotenţa lor din cauza durerilor vii pe care le are şi cu un cordon dur palpabil pe faţa internă a braţului stâng şi cu circulaţie superficială mai ales prin rădăcina membrelor, cu stare generală gravă.

2. In ziua de 12 Dec. 1945, cu foaia observaţie Nr. 876, este internată în spitalul Orşova, femeia G. Sofia din com. Topleţ, jud. Severin, în etate de 35 ani, într'o stare foarte gravă septicemică. Complect imobilizată în urma unui avort provocat.

Cu 12 zile înainte de internare în spital fiind gravidă, luna doua şi-a provocat singură avortul în mod impric cu instrumentul obişnuit al satelor „Fusul", introducându-l în colul uterin.

In urma acestor operaţii a avut pierderi mari de sânge, frisoane repetate urmate de stare febrilă ridicată şi cu dureri vii în membrul inferior drept, apoi în membrul superior drept. Fiind găsită de un colonel a fost adusă în spitalul Orşova. Stare generală foarte gravă, ochii cu cearcăne mari, înfundaţi în orbite. Imobilizată complect în pat. Membrul inferior drept foarte dur, edemaţiat, cu dureri la cea mai mică mişcare. Circulaţie superficială foarte evidentă în deosebi spre rădăcină în plica inguinală. Membrul superior drept de asemenea imobilizat, aşezat pe o perină în abducţie foarte mult edemaţiat cu cordon dur pe faţa internă a braţului, cordon care merge până în axilă. Orice mişcare provoacă dureri chiar mişcările active ale

degetelor îi produc dureri de-a-lungul membrului superior drept. La examenul genital, se constată scurgerea unui lichid sanguino-purulent, colul uterin intredeschis cu eroziuni. Uterul mult mărit şi moale. Parametrele prinse impăstate şi foarte dureroase.

Temperatura 38,5—39,5, pulsul accelerat 120—130 pe minut, hematii 3.100.000, globule albe 16.000.

Se institue tratamentul imediat, imobilizare, comprese sulfamido-terapie masivă, tratament ginecologic.

Durerile diminuează, temperatura cedează, astfel că după 14 zile de lipsă de febră în edem, exerciţii ale membrelor inferioare. La membrul superior drept face o colecţie supurată a antebraţului, după ce au cedat edemele, se deschide, apoi total a intrat în normal. In ziua de 19 Ian. 1946, părăseşte spitalul restabilită.

După aspectul general al simptomatologiei se impune diagnosticul în ambele cazuri **„Flegmaţie alba dolens cu localizări multiple“**, prin eliminarea tuturor maladiilor care se puteau confunda din cauza edemelor.

Din punct de vedere etiologic având o anamneză precisă şi date clinice obiective a infecţiei genitale post-avortum, provocat în mod empiric a fost uşor să eliminăm toate flebitele fie de natură chirurgicală, fie de natură medicală. Căci bolnavele până la provocarea avorturilor nu au suferit nici o operaţie şi nici o stare febrilă gripală, pulmonară, tifică infecţioasă. Cu atât mai uşor a fost eliminate maladiile cronice, sifilis, T.B.C. caşectice, prin anamneză şi analizele de laborator.

Astfel prima bolnavă a prezentat o „flegmaţie alba dolens“ a ambelor membre inferioare şi a membrului superior stâng, a doua bolnavă a prezentat o flegmaţie alba dolens a membrului inferior şi superior drept.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste flebite au fost descrise sub diferite numiri, astfel autorii anglo-saxonii au descris-o sub termenul de „flebita migrans“. Vaquez sub denumirea de „septicemie venoasă subacută“, iar alţii autori o numesc „flebita saltans“. In literatura Românească în ultimul timp am găsit comunicat două articole cu raportări de cazuri. In revista „Spitalul“ 1945, D-r Gh. Dumitrescu şi colaboratorii, comunică două cazuri de flebite cu localizări multiple, din clinica obstetricală din Bucureşti. Ambele au sucombat. Iar D-r Petrescu descrie un singur caz vindecat, sub titlul „Flebita migrans puerperală“.

Importanţa cazurilor noastre este:

1. Prezenţa deodată de flegmaţie alba dolens atât la membrele inferioare ca şi la cele superioare.

2. Flebitele membrelor superioare sunt foarte rare şi grave, localizându-se pe subclaviculară şi humerală, datorită alteraţiunilor endovenei, cum a susţinut Cruveilhier şi care este deobicei primitivă datorită infecţiunei generalizate.

3. Fiind ambele cazuri de origină genitală şi felul cum s'a produs avorturile în mod empiric, care este o plagă la noi în ţară şi acum a început şi în mediul rural şi care se practică cu tot felul de mijloace.

4. Pronosticul care este aproape întotdeauna în flebitele membrelor superioare foarte grav şi se termină deobicei cu moartea. Asemenea şi în cazul nostru, primul caz letal, al doilea după un tratament foarte energic local şi general a putut fi salvat.

ASUPRA A TREI CAZURI DE LARINGITE FLEGMONOASE

de

D-r LUPESCU TITU

Oto rino-larin olog-Ploeşti

Rezumat: Trei cazuri de laringită flegmonoasă. Două din ele mai grave, tratate cu penicilină, au luat alură benignă. Toate s'au deschis spontan. - Au fost 2 cazuri la femei şi unul la bărbat. Laringitele flegmonoase au fost primitive.

S'au descris două principale forme clinice de laringite flegmonoase, forma circumscrisă sau localizată benignă şi forma difuză malignă. Prima colectează în câteva zile sub forma unui abces care, apoi perforează mucoasa spontan.

Intre formele cele mai des întâlnite din formele localizate benigne, este flegmonul localizat pe faţa anterioară a epiglotei şi cel al plicei ariepligotice. Forma cu localizări retrocricoidiană este o formă mai rară, caracterizată prin o disfagie foarte intensă.

Aici evacuarea spontană este excepţională. Această formă dă des mediastinite. Mai există formă cu localizare în loja hioliro-epiglotic.

Forma difuză maligną se întâlneşte în cursul periamigdalitelor flegmonoase sau în bolile infecţioase grave. In această formă, starea generală este foarte gravă, fenomenele aveau un caracter septicemic, iar durerea locală şi dispneea ajung la paroxism.

Imaginea laringiană arată o tumefacţie difuză care cuprinde în masă întreaga mucoasă laringiană.

In această formă este nevoie aproape totdeauna de traheotomie.

Formele difuze pot produce moartea prin asfixie fulgerătoare.

Mai putem împărţi laringitele flegmonoase de mai sus în două mari clase; abcesul intralaringian, cavitar, vestibular, desvoltat în scheletul laringian sub mucoasa laringiană şi abcesul peilaringian sau faringo-laringian, care ia naştere în afara scheletului laringian, adică la ţesutul celular, care se găseşte între laringe şi mucoasa faringiană care acopere peretele post al laringelui.

Observ. 1-a. — D-na R. C., în etate de 46 ani, din Ploeşti, soţia unui confrate, este apucată în seara zilei de 3 Aprilie 1947, de dureri puternice la înghiţit, disfonie, febră şi stare generală rea.

Simţind că începe să se sufoace, trimite soţul la mine să mă cheme. Sufocaţia se accentuează între timp.

Bolnava acuză dureri vii la presiune în reg. ant. şi stg. a gâtului. Vocea spartă. Dureri mari la înghiţit cu iradieri spre urechea stg. Bolnava auxioasă cu jenă respiratorie.

Ex. orofaringian arată uşoară roşeaţă a fundului gâtului, cu salivaţie abundentă.

La examen laringoscop se constată epiglota tumefiată enorm, roşu aprins, învestită spre posterior, astfel că marginea ei verticală dr. şi stg. se întâlnesc pe linia mediană pe faţa posterioară a epiglotei. Se aseamănă cu un gât de sticlă. Epiglota împinsă spre înapoi, astfel că nu se vedea de loc restul laringelui. Pe partea anter. a epiglotei, în şanţul glasoepiglatic, se vede o tumefiere mai mare, o bombare rotundă, care dă impresia că acolo se va forma o colecţie.

Recomand prijnitze fierbinţi, pulverizaţie intralaringiană cu adrenalină 1/5000 sulfamide şi penicilină.

S'au făcut 100.000 unit., după care s'a văzut că bombarea preepiglotică s'a limitat, ca după alte 24 ore de penicilină să se vadă că edemul epiglotic, a început să pălească şi un punct albicios-gălbui a apărut preepiglotic, dând impresia de colecţie.

Starea generală s'a îmbunătăţit, ca şi starea locală şi colegul meu refuză incizia abcesului şi îi administrează vaccin Delbet 4 cm. După o reacţie puternică revăzută după 48 ore, totul a reintrat în ordine şi bolnava se simte bine, după ce a scuipat puţină secreţie purulentă. Abcesul se deschisese spontan.

Observ. 2-a. — Bolnava I. P., în etate de 48 ani, cu trecut amigdalian, se prezintă la cabinet în ziua de 25 Aprilie 1947, pentru dureri în gât, mai mult în dreapta, pe care le are de 24 ore, dar manifestate altfel decât atunci când se umflau amigdalele, ne povesteşte bolnava.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Starea generală bună, fără jenă respiratorie şi numai disfonie uşoară.

Ex. orofaring. Amigdalită criptică, salivaţia abundentă, fundul gâtului catharat, la examenul laringian se constată uşoară tumefiere a epiglotei, uşor învârtită şi uşor împinsă înapoi, în şanţul glosoepiglotic dr. se vede o bombare netedă roşie, impresia unui abces. Recomand sulfamide şi vaccin Delbet. După 48 ore, revăzută bolnava, ne spune că durerile în înghiţit au încetat, se simte bine, după ce în dimineaţa acelei zile scuipase puroiu amestecat cu sânge.

La examenul laringian, se constată că în locul abcesului, mucoasa era roză pal, cu secreţie gălbuie amestecată cu sânge, care ieşea printr'un mic orificiu. Abcesul se deschisese singur.

Observ. 3-a. — Gh. P., de ani 38, funcţionar la spitalul Boldescu din Ploeşti, face în ziua de 30 Aprilie c. 40° temperatură, stare generală rea, faţa lividă, uşoare dureri la înghiţit

Colegii mei din spital, nu i-au găsit nimic organic. Eu găsesc fundul gâtului aproape normal cu un colorit care bătea spre violaceu-livid, gâtul nu explica starea lui generală.

I-am recomandat gargare, prijnite calde şi antitermice.

A doua zi, temperatura normală, bolnavul se simte bine, aceleaşi dureri uşoare în gât.

A treia zi, starea proastă, dureri atroce la înghiţit, cu iradiere în urechea stg. Orofaringele uşor congestionat.

La ex. laringian constat o roşeaţă difuză a întreg laringeului, iar aritenoidianul stg. roşu aprins, mărit de volum, globulos, perfect rotund ca o mărgea de coral. Temperatura 39,2.

I se fac 100.000 unit. penicilină, i se pun comprese fierbinţi la gât. A doua zi dimineaţa, temperatura 36,6, stare generală bună, aritenoidianul stâng de aceiaşi mărime, dar coloritul mult mai palid şi un punct albicios cât un bob de mei în porţiunea superioară.

Abcesul era perfect limitat. Revăzut după 48 ore, aritenoidianul stg. aproape normal ca mărime cu un mic ching sanguin acolo unde cu două zile înainte se arăta o colecţie.

Concluziuni: Două din cele trei cazuri expuse ar fi avut un mers rapid şi grav, dacă nu se intervenea cu penicilină. Penicilina a transformat laringita flegmonoasă malignă în abcese benigne, cari s'au deschis spontan. Cantitatea de penicilină a fost foarte mică: 100.000 şi 200.000 unit.

Rezultatul penicilinei s'a arătat imediat. In niciun caz nu a fost nevoie de a se deschide chirurgical.

Deşi laringitele flegmonoase sunt mai frequent la bărbaţi, totuşi noi le-am găsit la 2 femei şi 1 bărbat.

Boala a apărut în plină sănătate, la persoanele robuste. Am putea spune că am avut deaface cu laringite flegmonoase primitive.

In cazul infecţiunii primtiive, aproape toţi autorii notează coexistenţa frequentă cu inflamaţia faringelui, fapt pe care l-am remarccat şi noi.

Cazul din obs. 2-a a avut un mers benign dela început şi nu a fost nevoie nici de peniciiină şi nici de bisturiu.

www.dacoromanica.ro

Centrul pentru ocrotirea copiilor — Arad

ASUPRA UNUI CAZ DE ABCES PARARENAL LA SUGAR

de

D-r ALEXE SCURTU şi **D-r VICTORIA BENCHEA**

Redăm foaia de observaţie a sugarului T. I., de o lună, care a fost internat în ziua de 4 Mai 1943, la Centrul pt. Ocrotirea Copiilor din Arad.

Sugarul a fost născut la termen, bine desvoltat, alimentat numai 8 zile la sân, apoi artificial.

La examenul obiectiv se constată că nu prezintă nimic patologic. Reacţia Bordet-Wassermann în sânge şi reacţia Pirquet făcute la 2 luni sunt negative. De asemeni negativ examenul urinei. Până la 4 luni copilul se desvoltă normal.

La 10 August 1943, copilul prezintă ascensiuni termice, 39—40^0, convulsiuni tonico-clonice, vărsături alimentare şi mucoase. Scaunele sunt apoase, 8—10 la zi, galbene-verzui. Scade în greutate 300 gr. în 3 zile.

Faciesul modificat, ochii cu cearcăni, privirea fixă, pupilele contractate, clipire rare. Culoarea feţei cenuşie, fontanela deprimată, iar tegumentele abdominale prinse între două degete formează o cută care persistă. Pulmonar nimic patologic, totuşi copilul este dispneic. Cardiovascular: sgomote cardiace frecvente, surde, pulsul filiform. Sistemul nervos: copilul cade într'o stare de sopor. Examenul urinei: ne relevă cilindrii granuloşi şi hialini, albumină în cantitate redusă. Tabloul sanguin: leucocitoză neutrofilă, scăderea monocitelor şi devierea formulei lui Arneth spre stânga. Diagnosticul este de toxicoză alimentară. Se institue dietă hidrică cu ceai, 200 gr., pe kgr. greutate, se infuzează ser fiziologic şi se administrează cardiazol în doze corespunzătoare vârstei. La 48 ore copilul fiind desintoxicat se reîncepe alimentarea cu lapte de mamă, în doze crescânde, la intervale mici, complectând lichidele necesare cu ceai şi apă de orez 3%. Concomitent apar leziuni piodermice pustuloase, situate în partea posterioară a capului, pe torace şi abdomen. Leziunile piodermice de pe cap se transformă în abcese numeroase de mărimea unui bob de mazăre şi chiar a unei alune.

Tratament: Abcesele se deschid şi se pansează cu soluţie de rivenol 1%. In rest piodermia se tratează prin băi cu hipermanganat de potasiu 1/4000. Pe alocuri se pudrează cu talc-dermatol 10%. In acelaşi timp, administrăm prontosil de 4 ori 1/4 de tabletă şi se face heterohemoterapie la 2 zile câte 10 cc. intramuscular.

La 16 August 1943, sugarul face o bronchopneumonie, care după 7 zile evoluiază cu o stare generală bună şi fără febră. La 1 Sept. 1943, face o exacerbare a leziunilor piodermice care se tratează clasic. La 16 Sept. 1943, copilul prezintă dispepsie cu febră 38,5, care după 4 zile se ameliorează şi creşte în greutate. La 20 Sept. 1943, starea generală se schimbă brusc, faţa copilului devine palidă, ochii sunt cu cearcăne, privirea este amxioasă, buzele sunt cianotice, fontanela e deprimată, scade în greutate, scaunele sunt apoase, galbene verzui. Avem aspectul unui sindrom toxi-infecţios. In după amiaza aceleiaşi zile, cianoza se accentuiază, pulsul devine filiform, respiraţia Cheynes-Stokes, iar la orele 20 copilul sucombă.

La **autopsia** făcută de medicul legist se constată următoarele: o colecţie purulentă de mărimea unei nuci, bine delimitată în ţesutul perirenal, cu sediul la polul superior al rinichiului stâng. Mucoasa gastrică şi intestinală uşor hiperemiată şi îngroşată; uşoare leziuni de miocardită; în rest nu se constată nimic patologic. La examenul bacteriologic din puroiul colecţiei perirenale se evidenţiază stafilococi.

In concluzie la un sugar de 5 luni, care a suferit de piodermie, broncho-pneumonie, dispepsie şi toxicoză alimentară, s'a găsit la autopsie prezenţa unui abces pararenal.

Abcesul pararenal e o afecţiune foarte rară la sugar: până în prezent sunt publicate în literatură 9 cazuri (Rieger). Acest fapt se explică de către unii autori, prin reducerea capsulei grăsoase perirenale la sugari. Tot din aceeaşi cauză se pare că fetiţele se îmbolnăvesc mai frecvent decât băieţii (Brateck—Kozlowski). La adulţi şi la copiii mari este cunoscut de mult timp rolul traumatismului uşor şi repetat sau violent limitat şi unic, în producerea supuraţiunilor perirenale. In urma traumatismului se formează un hematom perirenal, care se infectează secundar, prin micro-organisme din rinichi

sau tubul digestiv. Albarran a infectat un iepure pe cale sanguină şi în acelaşi timp a fricţionat manual regiunea lombară a animalului de experienţă, reuşind prin aceasta să demonstreze rolul traumatismului în producerea infecţiunilor perirenale. Un traumatism lombar poate să existe în antecedentele bolnavilor cu abces pararenal, cu toate acestea se întâmplă rar.

In cursul maladiilor infecţioase grave ca: febră tifoidă, scarlatină, variolă, etc., se pot produce abcese metastatice perirenale, de asemenea rar.

Abcesele perinefritice de origine renală, sunt importante. Ele pot surveni după o pionefroză, litiază renală, tuberculoză renală, chist renal, etc..

Abcesul perinefritic e mai puţin frecvent în urma afecţiunilor organelor învecinate: apendicită supurată, colecistită, abces al ficatului, etc..

In mod excepţional echinococul şi actinomicoza, pot cauza supuraţiunii perirenale (Lafitte).

Giraldes—Aguilard citează un caz rar de flegmon renal şi perirenal la un sugar de o lună, cauzat de stafilococ, transmis de o mamă, care suferea de mastită.

Cauzele cele mai importante asupra cărora insistă majoritatea autorilor sunt infecţiuni locale, care trec uneori neobservate: furuncul, exzemă infectată, abcese, higroma infectată, panariţiu. După Albarran, Jaffé, Santos, infecţiunile superficiale piodermice joacă un rol covârşitor în etiologia abceselor perirenale. Acesta relaţii sunt confirmate de statistica lui Harzbecker, care în 33 de cazuri de supuraţiuni perirenale a găsit de 16 ori în antecedentele bolnavilor, furunculi sau panariţi. De asemeni statistica lui Ricardson ne demonstrează că în 108 cazuri de flegmoane perinefritice a găsit ca punct de plecare de 55 de ori furunculoză, de 21 de ori panariţii, de 11 ori abcese locale, de 11 ori antrax, de 3 ori plăgi infectate şi de 3 ori amigdalite. In majoritatea cazurilor în supuraţiunile perirenale s'a depistat stafilococul, la fel ca şi în afecţiunile piodermice superficiale. Un rol mai puţin important îl joacă colibacilul, streptococul, pneumococul, gonococul şi microbii anaerobi. Ca urmare a unei infecţiuni aparent benigne ca furunculoză, se realizează o septicemie, care septicemie face o metastază secundară în capsula adipoasă a rinichiului. Această eventualitate este frecventă şi observată în cazul unui flegmon perinefritic, survenind fără leziune renală anterioară. In urma cercetărilor făcute de Vaillard, Lecène, Cleisz, Bergeret şi Cathala metastazele stafilococice, după afecţiunile piodermice, nu se opresc direct în capsula adipoasă renală ci în substanţa corticală renală, unde pot da naştere la abcese de cele mai multe ori de un volum mic, de dimensiunea unui ac de gămălie până la acela al unui grăunte de mei. Abcesele miliare corticale renale n'au simptomatologia bine definită, ci sunt confundate cu tabloul clinic al unei piemii stafilococice. Dar nu în totdeauna se produce o septicemie, în unele cazuri are loc o metastază unilaterală, limitată la un singur focar, consecinţă a unei bac-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

teremii. Metastazele corticale renale pot să se deschidă în calice şi bazinet vindecându-se uneori, iar alteori infectează bazinetul dând naştere la pionefroză.

Mecanizmul de producere a supuraţiilor perirenale este explicat în modul următor: Lecène şi Cleisz cred că datorită limfaticelor numeroase dintre ţesutul renal şi perirenal se produc flegmoane perirenale; alţi autori dintre cari I. Cathala, afirmă că abcesele corticale renale, perforează fascia renală a lui Gerota, apoi se deschid direct în ţesutul celulo-adipos şi-l infectează.

Diagnosticul de abces pararenal la sugar este greu de făcut. Din majoritatea cazurilor supuraţiunile perirenale la sugari, evoluiază cu tabloul unor turburări digestive acute.

In cazul observat de noi de două ori am avut tabloul unei toxicoze alimentare, odată tabloul unei broncho-pneumonii, concomitent cu piodermia care a fost prezentă dela început până la sfârşit.

Cazurile studiate de Rieger la sugari au evoluat cu tabloul clinic de dispepsie, cu sfârşit de ileus paralitic.

Diagnosticul de abces pararenal la sugar se pune la autopsie. Intr'un singur caz citat în literatură, diagnosticul a fost stabilit în timpul vieţii la un sugar de 6 săptămâni, care suferea de turburări digestive, cu ficat şi splină mari, însă prezenta o tumefacţie lombară stângă, uşor edem şi durere la presiune (Messina). La puncţie s'a scos un lichid purulent verzui, în care s'a evidenţiat stafilococul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diagnosticul diferenţial se face cu inflamaţiile din abdomen ca: apendicită, colecistită, sau în alte cazuri cu spondilită, încât nu rare ori se văd copii cu supuraţiuni perirenale puşi în gibs (Brateck—Koslowski).

Complicaţiile în supuraţiunile perirenale la copii sunt: Peritonite, empiem, abces subfrenic (Greenwald).

Am redat cazul de abces pararenal la sugar, întrucât e o boală foarte rară la sugar, evoluând atipic cu tabloul unei toxicoze alimentare, diagnosticul fiind precizat prin autopsie.

BIBLIOGRAFIE

Zentrblt. f. Kinder H. Band 22, 1929, pag. 637, Desanctis.—*Reisman*: Perinephritischen Abcess in Kindesalter. Band. 26, 1932, pag. 631. — *Bratck-Kozloæski*: Paranephritischer Abcess bein Kinde. Band. 33, 1937. pag. 654. — *Rieger*: Paranephritischer Abcess in Säuglingsalter Bamberger-Lehrbuch der Kinderheilkunde. — *P. Widal*: Pathologie des Reins. 1929, pag. 547. Sergent-Babonneix Maladies des reins, 1936, op. 878. Klinische Wochenschrift XI 1932, pag 129.—*Carl Mennickenn*: Über des Fehlen wichtiger Symptome bei paranephritischem Abcess. In No. XVI, 1938, pag. 111. — *F. H. Weiss*: Pyelogram bei paranephritischem Abcess.

II.

Medicină cu specialităţi

PAPATACCI, NOMA, GANGRENĂ INTESTINALĂ ŞI VULVARĂ. AZOTEMIE CU CLOROPENIE. PENICILINĂ.

de

D-r M. CANCIULESCU şi **D-r MARIUS PARASCHIVESCU**

Febra de Papatacci, de obiceiu benignă, poate da complicaţii extrem de grave, prin asociere de infecţii supraadăogate.

Penicillina, remediu miraculos de eficace când este manevrată adequat, poate expune la consecinţe fatale, prin promptitudinea acţiunei sale terapeutice.

Observaţiunea clinică, ce expunem, face dovezile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-na Br. S., de 30 ani, casnică, este văzută de noi la 28 Iulie 1946.

Istoric: Ni se comunică de către soţ şi d-l D-r Greceanu St., care o îngrijise până atunci, că înainte cu 8 zile, la 20 Iulie, aflându-se într'o comună rurală, în care febra Papatacci bântuia cu furie, bolnava a prezentat această atenţiune cu toate caracteristicile ei, aplicându-se tratamentul obişnuit. Starea generală a bolnavei s'a ameliorat simţitor în ziua următoare, foarte trecător însă, pentru ca de a doua zi chiar (când bolnava avea doar 37,3 cu stare generală bună), să apară brusc o serie de noi turburări, care în mai puţin de 48 ore au dus la starea gravă, în care o vedem în momentul examinării la 8 zile după îmbolnăvire.

Aceste turburări au fost în ordinea apariţiei lor: în după amiaza zilei de 22 Iulie, din nou frisson puternic, cu 40°, cu senzaţie de jenă dureroasă în gură şi gât, deglutiţie dificilă, apoi dureri din ce în ce mai accentuate ale gurei, limbei şi gâtului. In dimineaţa zilei următoare, la 23 Iulie, se observă apariţia unor leziuni necrotice ale gurei şi gâtului, însoţite de o haleină foarte fetidă. Concomitent cu apariţia acestor leziuni bucale, bolnava prezintă şi dureri abdominale vii, cu vomismente continui şi scaune lichide foarte frecvente, circa 30—35 în 24 ore — şi unele şi altele de aceiaşi fetiditate extrem de pronunţată. — In sfârşit se observă în aceiaşi zi, că bolnava urinează foarte puţin, pentru ca din după amiaza zilei de 23 Iulie, să nu mai urineze nimic până în prezent. Se încearcă în zilele următoare diferite tratamente, cari mai răresc scaunele şi vomismentele, făcând oarecum posibilă o foarte redusă alimentaţie cu lichide, şi însfârşit la 27 Iulie

p. m., cu toate greutățile inerente situației, bolnava este transportată în oraș. Aflăm în plus că leziunile bucale, au continuat să se extindă treptat și, că de 2 zile s'a constatat prezența de leziuni asemănătoare și în regiunea vulvo-anală. Bolnava a febricitat continuu.

Stare prezentă: Bolnavă extrem de slăbită, cu ten pământiu, în stare de prostație. T. 37,6, puls 88; seara 38,5, cu puls 96. Haleina de o fetiditate extremă, cu pronunțată nuanță de putriditate. Limba și ambele amigdale tumefiate; amigdala stângă acoperită în întregime de un depozit sfacelic, alb-gri murdar, care se prelungește atât pe vălul palatin cât și lateral pe pilierul anterior, până în regiunea retromolară, unde se unește cu o leziune asemănătoare de pe obrazul stâng. Aci, pe fața internă a obrazului stâng și ocupând aproape în întregime, există de asemenea o întinsă placă de sfacel, aderentă, acoperind o ulcerație sângerând ușor pe margini, depozit cu același aspect ca cel amigdalian, cu care se unește la nivelul ultimilor malarii. Dinții în stare bună. Gingiile ușor tumefiate. Limba saburală, prezentând pe întreaga margine stângă și pe fața sup. în 1/2 stângă, o leziune la fel cu cele mai sus descrise, cu același depozit alb-cenușiu murdar, pe un fond cu margini ușor sângerânde. Fundul gâtului foarte roșu, prezintă deasemenea în 1/2 dr. o placă asemănătoare de sfacel foarte aderentă, foarte abundentă, acoperind o ulcerație întinsă, ovală. Nimic cutanat. In schimb în regiunea vulvo-anală se constată o diseminare de leziuni asemănătoare celor bucale, depozite sfacelice ce acoperă leziuni ale mucoasei, de diferite mărimi și ocupând regiunea vulvară, orificiul și porțiunea inițială a vaginului și jurul anusului. Vocea nazonată, stinsă, vorbire foarte dificilă, deglutiția la fel, alimentația doar cu lichide foarte greu ingerate. Ganglionii submaxilari ușor măriți și sensibil la presiune. Pulmon normal. Cord normal auscultatoriu, T. 12—7 (V. L.). Ficat, splină în limite normale. Lojile renale libere la palpare. Nu prezintă oedeme. Sondajul vezical negativ. Nu are turburări neuro-psichice. Abdomen ușor meteorizat, dureri vii periombilicale în deosebi, atât spontane cât și la palpație. Scaune frecvente, lichide, cu aspect de zeamă de compot de prune murdar, cu miros putrid, extrem de puternic. Vomismente cu același aspect și miros, 7—8 în 24 ore.

Se fac prize de sânge și frotiuri de pe leziuni pentru examenele de laborator necesare, și se hotărăște imediat tratamentul socotit necesar, după cum urmează: Penicilinoterapie intensă pentru sindromul infecțios cu leziunile sale de gangrenă diseminate pe tot traectul digestiv și în reg. vulvară. Tratamentul celuilalt sindrom prezent și socotit la fel de greu, apreciat înaintea oricărui examen de laborator, sindromul clasic al unei azotemii prin cloropenie, s'au adăugat însfârșit diferitele mijloace de tratament simptomatic, necesitate de starea generală, leziuni, etc.

Mersul bolii: 28 Iulie, 1-a zi. Se începe penicilinoterapia cu 20.000—25.000 unități intramuscular la 3 ore (160.000—200.000 în 24 ore) tratament ce se va continua până în ziua de 1 August incl., administrându-se în total 700.000 unități. Se administrează și ser fiziologic (fosfatat) subcutanat, (de 2 ori pe zi câte 500 cmc.) și intravenos ser hipertonic clorurat 20%, 2 injecții zilnic de 20—30 cmc., la una din injecții adăugându-se și o fiolă de novocaină 2% de 2 cmc., timp de 4 zile. Tot intravenos se administrează și ser glucozat 40% (40—60 cmc. zilnic) și Cantan forte, 1 fiolă. Local:

gargarisme cu apă neolată, badijonaj al leziunilor bucale cu collubiazol sau collusulfar, spălături neolate ale leziunilor vulvo-vaginale cu pudraj. Tonicardiace. Regim hidric rece. In cursul zilei nu se constată nicio schimbare în starea generală şi locală.

29 Iulie, a două zi. Temp. 37,6—38,1, puls 84—94, uşoară normalizare a stării generale. Nicio schimbare local. Sondaj vezical negativ.

Dela laborator se comunică următoarele rezultate: Chlorul sanguin: Plasmă 1 gr. la mie, globule 0,59 la mie, raport eritroplasmatic 0,59; — Cl. Na.: Plasmă 1,79 gr. la mie, globule 1,04 la mie. Sângele total conţine 0,80 gr. la mie clor şi 1,38 la mie Na. Cl., deci o foarte accentuată cloropenie (Bul. 651 din 28 Iulie, Lab. D-r Mogoş). Ureia în sânge 6,56 gr. la mie (Kowarsky), (Bul. 651 din 28 Iulie, Lab. D-r Mogoş), No. hematiilor 4.000.000, No. leucocitelor 15.400 cu 92% polinucleare; Timp de coagulare 7', timp de sângerare 2'. In frotiurile de pe leziuni, floră bacteriană abundentă polimorfă, cu asociaţii fuso-spirilare în cele bucale.

30 Iulie. Se continuă tratamentul ca mai sus. T. 37,1—37,5. In după amiaza zilei se constată o ameliorare vădită în starea generală; în decursul nopţei scaunele se răresc foarte mult, ajungând ulterior la 2—3 în 24 ore, cu putriditatea complect dispăruţă, vomismentele încetează, de asemenea haleina mult mai puţin fetidă. Escarele buco-faringiene încep să se detaşeze în special cea din fungul gâtului. In general leziunile bucale şi vulvare mai curate cu tendinţă de cicatrizare. Sondajul vezical la ora 16 dă 20 cmc. urină, care analizată parţial prezintă: albumină 0,20 gr. la mie, cu leucocite şi hematii în sediment, şi 0.60 gr. la mie Cl. Na.

31 Iulie şi 1 Aug. Nicio schimbare în tratament. Ameliorarea continuă generală şi locală. La 1 Aug, afebrilă. Urinează spontan de 2—3 ori în fiecare din aceste zile, cantitatea de urină fiind de 200 şi respectiv 250 cmc., cu aceleaşi caractere ca la prima examinare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La 1 Aug. Cl. Na. în urină 1.62 gr. la mie. Ureia în sânge 3,94 gr. (Bul. 683, D-r Mogoş).

Local, escara groasă de pe fundul gâtului aproape complect desfăcută, marginele leziunei sângerează însă destul de abundent. Avându-se aceasta în vedere se adaugă la tratament, în deosebi de **teama ivirii vreunei hemoragii pe tractul digestiv prin detaşare de lambouri gangrenate** mai întinse şi clorură calciu per os şi Manetol în injecţii. Cicatrizarea restului plăcilor buco-faringiene şi vulvare foarte exprimată. Deglutiţie lejeră, durerile locale şi de gât dispărute, alimentaţia cu lichid posibilă în bune condiţii.

2 Aug. Bolnava afebrilă, mult remontată (se poate ocupa de toaleta sa, se interesează de boală dela cei din jurul său). Urinează în cursul zilei spontan de 2 ori, cantitatea de 50 şi 70 cmc., făcându-i-se şi 2 sondajii vezicale (total urină 350 cmc.). In decursul dimineţii, sfacelul din fundul gâtului complect detaşat, cu pierdere relativ abundentă de sânge. Restul leziunilor bucale, amigdaliene, linguale şi vulvo-vaginale complect curăţite. Halenă normală. De 2 zile nu mai are vomismente, şi are 3—4 scaune pe zi semilichide, fără putriditatea dela început. Se continuă cu serul clorurat hipertonic, Cloro-calcion, Manetol, Vit. c., adăugându-se şi o poţiune cu Bismut-Tanigen-Opiu.

3 Aug. Afebrilă. In dimineaţa nopţii de 2—3 Aug. din nou vomismente. Bolnava urinează în decursul zilei 150 cmc. şi are şi câteva scaune lichide.

4 Aug. In cursul nopţii la ora 2, o abundentă **hemoragie intestinală**, cu meteorism abdominal şi 10—12 **scaune lichide, sanguinolente, cu prăbuşire bruscă a stării generale**. T. A. 8/5 (V. L.), puls 120, T. 37,6. Se administrează imediat ser fiziologic fosfato-adrenalinat (1000 cmc.) care se repetă peste zi, Manetol, Clauden, calciu Cl. intravenos, tonicardiace (Mio-Kombin-Kombetin, etc.). In cursul zilei starea generală continuă să se agraveze, are continui scaune sanguinolente, vomismente, este din nou anurică. La ora 12, T. A. 7/5. Este remontată parţial de tratamentul administrat şi mai ales de o transfuzie sanguină care îi aduce o ameliorare de câteva ore. După aceasta, se instalează o stare de torpoare din ce în ce mai accentuată, cu paloare accentuată a feţei, uscăciune a mucoaselor, pulsul creşte treptat în frequenţă. Niciunul din tonicardiacele administrate nu au acţiune; bolnava sucombă la ora 20.

In sângele luat la ora 12, s'a găsit: Urea 6.67% gr. (Bul. 701, D-r Mogoş) şi Cl. total 1.96 gr. cu 2.41% gr. Na. Cl. (Bul. 703, D-r Mogoş).

Am redat pe larg observaţia clinică de mai sus, în deosebi pentrucă aceasta justifică de ce ni se par necesare numai foarte reduse consideraţii teoretice din cele ce ar putea fi desvoltate în legătură cu acest deosebit de interesant caz.

Remarcăm încăodată o afirmaţie mai veche a noastră că „febra papatacci nu este atât de inofensivă, ea putând da naştere (după geniul epidemic, predispoziţie, cazier patologic al bolnavului sau diferite alte împreujrări) la complicaţii grave mortale".

Am mai redat acest caz, deosebit de complex, pentrucă în el s'au găsit îmbinate 2 sindrome foarte precis conturate: acel infecţios al unei gangrene a gurei, a tubului digestiv şi vulvo-vaginală (cu corolarul terapeutic, Penicilinoterapia), şi acela de patologie humorală realizat aproape ca în cazurile experimentale al unei azotemii cu cloropenie (cu corolarul terapeutic al reclorurației).

Este poate util ca, odată cu desvoltarea considerentelor privitoare la aceste 2 sindrome, să arătăm legătura dintre ele; socotim anume că în cazul de faţă, simpla citire a observaţiei clinice justifică afirmaţia că între aceste 2 sindrome este aceiaşi legătură ca dela cauză la efect, primul fiind cauza celui de al doilea.

Este bine cunoscută stomatita şi faringo-stomatita azotemică, al cărei tablou a fost trasat de Lancereaux şi Barié, şi din care s'au descris multe cazuri concludente (Lemmière, etc.). Survenind deobicei la vechi brightici şi mai ales însoţită de un simptom caracteristic, mirosul puternic amoniacal al haleinei, cu leziuni localizate şi cu alte caractere decât cele ale cazului de faţă, această faringo-stomatită azotemică nu a fost decât evocată, pentru dg. diferenţial. In cazul acesta, totul venea să afirme prezenţa şi preponderenţa sindromului infecţios al unei gangrene instalată pe tot tractul digestiv şi ulterior şi în reg. vulvo-vaginală.

In ceea ce priveşte legătura acestui sindrom infecţios cu celălalt sindrom al azotemiei, simpla narare a succesiunii faptelor a ordinei apariţiei turburărilor (în care dela început se remarcă prezenţa masivă a leziunilor tubului digestiv, pentru ca ulterior să apară anuria cu toate simptomele unei azotemii masive), arată net că sindromul infecţios,

primul instalat, este şi cauza celuilalt sindrom al azotemiei, atât printr'un blocaj brutal iniţial al rinichilor cât şi ulterior prin intervenţia celuilalt mecanism, bine cunoscut în prezent, al spolierii organismului de Cl. Na. prin vomismente şi diareie.

In afară de aceste considerente de patogenie sunt de reţinut datele privitoare la penicilină. Socotită după datele clasice asupra eficacităţii sale ca foarte activă în gangrenă, penicilina a fost întrebuinţată pe o scară largă în cazuri de infecţie gangrenoasă chirurgicală, în care a dat foarte bune rezultate atât profilactice, cât mai ales terapeutice (Cadenat, Gledhill). In legătură cu unele date ale cazului nostru, amintim că întrebuinţarea ei a fost recomandată şi în angina Vincent (Bronstein) şi deasemenea că în nefrita consecutivă unei infecţii streptococice, întrebuinţarea penicilinei a fost socotită plină de speranţe (Monerieff, Shore, Schuchard — după Iacobsohn-Melzer), şi de preferat sulfamidelor (Sucheki — idem). Toate acestea considerate, adăugate la acela că blocajul renal total nu permitea întrebuinţarea vreunei sulfamide ne-au făcut să aplicăm penicilina în acest caz de infecţie gangrenoasă, administrând-o după regulile impuse, adică continuu, intensiv şi îndeajuns de prelungit, 700.000 unităţi. Penicilina s'a arătat în acest caz deosebit de eficace ducând la o rapidă vindecare a leziunilor gangrenoase, urmărită atât pe cele vizibile buco-faringiene şi vulvo-vaginale, cât şi asupra restului leziunilor tubului digestiv, prin rapida ameliorare şi apoi dispariţie a simptomelor respective.

De altfel, într'o lucrare ulterior consultată asupra Penicilinei în dermatologie (Huriez şi Leborque, Presse Méd. No. 10/1946, se citează ca rezultate demne de interes prin rapiditatea lor ca şi prin caracterul lor de noutate, acelea obţinute într'un caz de stomatită ulcero-gangrenoasă, caz vecin cu noma, în care o cură cu 900.000 U. O. Penicilină, aduce vindecarea leziunilor. Intr'un alt caz al aceloraşi autori de stomatită bismutică, al cărui sindrom infecţios local şi general era destul de important pentru a justifica micoterapia s'a înregistrat deasemenea vindecarea completă cu 500.000 U. O.

In ceea ce priveşte celălalt sindrom al cazului, azotemia cu cloropenie, vom aminti din vastul capitol al datelor respective doar pe cele socotite necesare. Hipocloremia cu cloropenia consecutivă unei deperdiţii masive de Cl. Na. de către organism, a fost realizată în cazul de faţă quasi-experimental prin vomismentele şi diareia instalate dela începutul boalei şi care au făcut ca organismul să piardă rapid cantităţi masive de Cl. Na., ajungându-se astfel la hipocloremie cu cloropenie, în care pierderea este atât pe Cl. plasmatic cât şi pe cel globular, cu raportul eritro-plasmatic normal. Această hipocloremie — cu R. A. înaltă — se însoţeşte de o creştere foarte accentuată a ureii sanguine, dând ceea ce se numeşte azotemia prin cloropenie şi necesită o hipercloruraţie intensă. Trecând peste celelalte forme ale hipocloremiei, ca şi peste teoriile controversate încă asupra modului de producere al azotemiei prin lipsă de sare, vom aminti doar că după Glass ar interveni în producerea azotemiei şi faptul că sub influenţa cloropeniei s'ar produce o dezintegrare masivă de albumine celulare, iar hipocloremia accentuată sub 2.30% gr. Cl. Pl. ar duce la o deficienţă renală, având ca consecinţă retenţia ureică. Interpretând astfel faptele în cazul

nostru, am aplicat o recloruraţie intensivă. De fapt, aceasta a dat rezultatele scontate, diureza restabilindu-se după 3 zile de tratament şi evoluând apoi din ce în ce mai bine, adică cu creştere treptată a cantităţii de urină, apariţia şi sporirea Cl. Na. în urină, creştere accentuată a Cl. Na. în plasmă şi globule şi paralel o scădere accentuată a azotemiei, până ce producerea accidentului final a adus, odată cu prăbuşirea generală a organismului şi pe aceia a funcţiei renale sau a regulării humorale abia reluate.

Producerea unei hemoragii intestinale prin detaşarea lambourilor de mucoasă intestinală gangrenată — de care ne-am temut şi pe care am căutat să o prevenim prin administrare prealabilă de calciu, Clauden, Manetol — a fost consecinţa acţiunei rapide a penicilinei care n'a dat timp straturilor subjacente şi vecine procesului gangrenos să intervină, ci a grăbit eliminarea părţilor sfacelate. Incât, este de luat în considerare la administrarea penicilinei, din punct de vedere al consecinţelor terapeutice pentru organism şi desavantagiile unei acţiuni brutale.

Centrul de Sănătate Nr. 1 din Iaşi
Dispensarul Antiveneric Nr. 1

PRIN CE MIJLOACE AM PUTEA LUPTA IMPOTRIVA SIFILISULUI IN SITUAŢIA DE ACUM? *)

de
D-r V. COSTEA
Medic primar venerolog

Nu avem intenţia să facem o revistă generală a mijloacelor atât de variate pe care ştiinţa le foloseşte astăzi în tratamentul sifilisului. Credem că, cel puţin pentru moment, nu-i cazul să discutăm chestiunea sub acest aspect. Fără îndoială însă că toată atenţia trebue îndreptată în direcţia achiziţiilor recente ale ştiinţei care au influenţat atât de fericit domeniul terapeutic al bolilor venerice (penicilină, arsenoni, etc.) şi mai ales să găsim posibilitatea de a le pune în aplicare cât mai de grabă. Dar dacă aceste lucruri rămân deocamdată în cadrul unor deziderate, să încercăm să vedem ce am putea face în împrejurările grele în care ne aflăm, folosind ceia ce avem la îndemână.

Mercur injectabil care se poate pregăti la farmacie în mod curent.

Tratamentul mercurial reprezintă fără îndoială un mod de a lupta împotriva sifilisului însă într'o măsură redusă, condiţionată de însăşi calitatea acestui ingredient.

Din Noembrie 1945 până în Iulie 1946, noi am fost nevoiţi să aplicăm uneori numai această terapie din cauză că bismutul ni s'a

*) Câteva date din raportul de activitate a dispensarului pe anul 1946.

dat intermitent şi în cantităţi insuficiente. Mercurul l-am administrat sub forma de salicilat bazic, preparat în farmacia Centrului de Sănătate Nr. 1, după reţeta folosită pe vremuri în Clinica Dermato-Sifiligrafică din Iaşi şi care nu reprezintă altceva decât o suspensie oleioasă de salicilat de mercur 10%.

In legătură cu această chestiune desprindem din raportul de activitate o serie de date pe care le reproducem mai jos.

Anul 1946 se poate împărţi în ceea ce priveşte aprovizionarea cu medicamente anti-sifilitice a dispensarului nostru în două etape.

Prima, de aproximativ 6 luni, se caracterizează printr'o lipsă intermitentă de preparate arsenicale şi complectă de bismut. Cu toate acestea, dispensarul nu şi-a încetat activitatea şi nici nu s'a limitat la o simplă înregistrare a bolnavilor noui. Datorită solicitudinii şi grijei deosebite a d-lui Medic şef al Serviciului Sanitar al Municipiului Iaşi, ni s'a pus la dispoziţie încă din anul 1945, un preparat de salicilat de mercur executat în farmacia Centrului Nr. 1 Sănătate, după prescripţia d-lui Prof. Nastase, cu care am făcut faţă nevoilor. Cu această ocazie ţinem să arătăm că d-l Medic şef al Municipiului D-r Gh. Andronovici a urmărit în deaproape aprovizionarea continuă a dispensarului cu acest produs mercurial local şi a făcut sforţări, — în care nota personală este mai mult decât evidenţă — pentru a nu rămânea dezarmaţi în lupta împotriva sifilisului.

Tot în legătură cu aceasta, am comunicat în ziua de 3 Iulie 1946, la conferinţa medicilor din Moldova (ordinul Inspectoratului General Sanitar Iaşi Nr. 2801/1946), următoarele:

La dispensarul nostru s'au înregistrat din ianuarie până în prezent 669 venerici, din care 407 sifilitici.

Jumătate din numărul cazurilor de sifilis, adică 201, au contractat boala în cursul acestui an.

Toţi bolnavii au fost trataţi numai cu salicilat de mercur, din cauza lipsei complecte, în ultimul timp, de arsenic şi bismut. In această situaţie, s'a ajuns de multe ori la recidive în timpul pauzelor sau chiar la persistenţa Dermato-Sifiligrafică şi cum am arătat şi noi în raportul de pe anul trecut, cazurile de sifilis grav, de rezistenţă la tratament, de reinfecţii şi supra infecţii sifilitice, atât de numeroase în această epocă, trebuesc raportate pe deoparte la agentul cauzal (exagerarea virulenţei spirochetei prin trecerea leziunilor în momentul terminării seriilor.

Fără îndoială că nu trebue ca să facem o critică acerbă acestei terapii mercuriale, desuetă, dar totuşi eficace.

In adevăr, din observaţiile făcute de d-l Prof. Nastase, în Clinica pe organisme indemne de sifilis, tulpini noi de spirochetă, etc.), şi pe de altă parte la teren, adică la organismele debilitate atât fizic cât şi psihic de viaţa cu totul anormală impusă de evenimentele din ultimul timp.

Bismut injectabil care se poate pregăti la farmacie în mod curent.

A doua etapă a anului 1946, care începe cu luna Iulie, se caracterizează, pentru noi, din punct de vedere terapeutic, prin introducerea unui preparat de bismut executat tot în secţia farmaceutică a Serviciului Sanitar al Municipiului Iaşi în colaborare cu d-l

farmacist I. Morgenştern. Efectele terapeutice ale acestui ingredient bismutic au fost recunoscute de o serie de servicii de specialitate în frunte cu Clinica Dermato-Sifiligrafică. Este vorba de o suspensie oleioasă de salicilat bazic de bismut 10% pe care o folosim şi în prezent.

Menţionăm cu această ocazie că d-l Insp. General Şanitar D-r V. Buşilă a urmărit îndeaproape acţiunea întreprinsă de noi şi a sprijinit-o în mod deosebit prin toate mijloacele care i-au stat la îndemână.

Acţiunea terapeutică a preparatelor mercuriale şi bismutice locale a fost remarcată de noi prin raportul Nr. 74 din 31 August 1946 adresat Serv. Sanitar al Municipiului, din care reproducem mai jos câteva puncte.

La adresa Dvs. Nr. 2428 din 10 August 1946, relativ la eficacitatea ingredientelor antisifilitice preparate în secţiunea farmaceutică a Serv. Sanitar al Municip. Iaşi, avem onoare a vă comunica următoarele:

1. **Salicilatul de mercur,** în concentraţie de 10 centigrame pe centimetrul cub, s'a administrat în injecţii hebdomadare de câte 1 centimetru cub pe injecţie, opt pe serie. S'au făcut dela 14 N-brie 1945 până la 25 Aprilie 1946, un număr de 3500 injecţii. In afară de observaţiile clasice ale mercuroterapiei, — injecţii dureroase, stomatite precoce, ~~etc.~~ — nu avem nimic de adăogat.

2. **Salicilatul bazic de bismut,** în suspensie oleioasă de 10 centigrame pe centrimetrul cub, s'a administrat de două ori pe săptămână câte 1,5—2 centimetri cubi pe injecţie, după caz, în serii ce urmează să cuprindă 12,15 sau 18 injecţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S'au făcut dela 8 Iulie 1946 până la 26 August 1946, un număr de 2450 injecţii.

Efectele terapeutice până în prezent sunt excelente. In acest séns menţionăm că injecţiile sunt foarte puţin dureroase, iar activitatea preparaţiei notabilă, leziunile dispărând cu promptitudine în timpul tratamentului. In câteva cazuri — 3 bolnave — s'au înregistrat la locul injecţiilor reacţii tumorale, dureroase, care au cedat în aproximativ 10—15 zile fără a produce supuraţie.

Până în prezent s'au administrat în dispensarul nostru 8105 injecţii de salicilat bazic de bismut. De altfel această preparaţie se aplică în timpul din urmă, în mod curent şi în celelalte dispensare antivenerice din localitate.

Avantagiile care le prezintă aceste ingrediente mercuriale şi bismutice şi în special bismutul, sunt evidente. Pe lângă acţiunea terapeutică, se realizează un punct esenţial şi anume: **sunt foarte eftine.**

In adevăr, prin eliminarea fiolajului, a manoperei şi a câştigului se ajunge să socotim numai preţul substanţei şi a vehiculului. Un simplu calcul va fi extrem de edificator: 1 gram de salicilat bazic de bismut costă 6.000 lei iar 1.000 centimetri cubi de untdelemn indigen circa 120.000 lei. Deci o sticlă de 1 litru de suspensie oleioasă de salicilat bazic de bismut 10% ar costa

720.000 lei, ceia ce înseamnă că 2 centrimetri cubi ar reveni la 1.440 lei în loc de 12.000 lei cât costă cea mai eftină fiolă de bismut.

Dacă ne gândim la numărul mare de sifilitici din momentul de faţă, cifră care trece de un milion după cum se relatează oficial de Ministerul Sănătăţii, ne putem face o idee de cantitatea imensă de medicamente de care este nevoie.

Ministerul Sănătăţii, prin ordinul recent al Direcţiei Igienei şi Medicinei preventive Nr. 90.534/1947, atrage atenţia asupra economisirei preparatelor arsenicale în sensul că să fie folosite numai în sifilisul florid iar în sifilisul latent să se aplice bismutoterapia.

Credem că în unele împrejurări când bismutul dela centru n'ar putea satisface nevoile dintr'o regiune oarecare a ţării, din cauze independente de voinţa cuiva, folosirea acestui ingredient ar reprezenta una din soluţiile cele mai bune şi mai practice.

Din aceste motive am crezut necesar să facem cunoscut un mijloc care dacă nu-i chiar cel mai bun, este totuşi foarte uşor de aplicat.

Salicilatul de bismut se găseşte în farmacie sub forma de salicilat bazic întrucât cel neutru este instabil. Cu alte cuvinte, ori de câte ori vom prescrie salicilat de bismut se va înţelege salicilat bazic de bismut (Bismutum subsalicylicum).

In suspensia oleioasă de 10% folosită de noi, bismutul-metal e în mijlociu 5,7 centigrame pe centimetrul cub.

Sézary arată că unele preparate din comerţ n'au cantitatea suficientă de bismut şi menţionează că o fiolă pentru adulţi trebue să cuprindă cel puţin 3 centigrame de bismut metal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se ştie că cu **suspensiile oleioase**, doza de bismut-metal variază dela 7—26 centigrame pe injecţie (doza mijlocie: 8—15 centigrame). Injecţiile se fac de două ori pe săptămână când nu se trece peste 13 centigrame şi odată la 5 sau 7 zile dacă se trece peste această cifră, urmând ca doza totală a unei serii să fie până la 2 sau chiar 2,50 grame. Menţionăm că posologia este mult mai scoborîtă pentru **soluţiile uleioase** care se injectează în jurul a 7 centigrame de bismut-metal, de două ori pe săptămână, în serii de 10—15 injecţii. (A. Sézary, Le traitement de la syphilis, 1937).

Suspensia oleioasă bismutică preparată în flacoane ne dă posibilitatea de a o avea în concentraţia pe care o dorim. Astfel dacă un centimetru cub din suspensia oleioasă de salicilat bazic de bismut 10% are mijlociu 5,7 centigrame bismut-metal; 1,5 centimetri cubi va avea 8,55; 2 centimetri cubi, 11,40 centigrame bismut-metal etc., ceea ce înseamnă că vom putea întrebuinţa medicamentul fie în doze mici (copii, debilitaţi, etc.), fie în doze mari (bolnavi robuşti, bolnavi cari nu pot veni decât odată pe săptămână, etc.).

Fără îndoială că cele expuse mai sus nu reprezintă altceva decât o simplă schemă care nu se poate aplica tuturor şi mai ales cu ochii închişi. Dar asupra acestui lucru nu trebue să mai insistăm fiindcă bismutoterapia este, pe de o parte, arhicunoscută, iar pe de alta, prin observaţiile numeroase pe care le oferă practica curentă,

ne dă posibilitatea să facem aprecieri personale care sunt extrem de importante.

In legătură cu cele două elemente care intră în constituţia reţetei (salicilat bazic de bismut 100 grame, oleu de floarea soarelui purificat q. s. p. 1.000 centrimetri cubi) redăm mai jos câteva date din farmacopeia română.

Salicilat bazic de bismut. (Bismutum subsalicylicum).

Salicilatul bazic de bismut cu un conţinut de 63—65,2 la sută, Bi_2O_3 corespunde aproximativ formulei:

$$C_7H_5O_4Bi = 362{,}04 \text{ gr. mol.}$$

$$C_7H_4 < \begin{matrix} OH & (1) \\ COOBiO & (2) \end{matrix}$$

Pulbere de culoare albă, fără miros şi fără gust. Insolubil în apă, în alcool şi glicerină.

Reacţiile de identitate, puritate şi incompatibilitate vor fi conforme cu Ph. Rom. ed. V.

Oleu de floarea soarelui purificat. (Oleum Helianthi depuratum).

a) Ph. R. V.: Oleum Helianthi 1000 p. Natrium carbonicum cryst. Q. S. Aqua Q. S.

Se determină mai întâi aciditatea oleului şi se exprimă în acid oleic la 100 p. oleu. Pentru aceasta se neutralizează exact, cu ajutorul soluţiunii deci normale de hidroxid de potasiu, un amestec de 25 cc. cloroform şi 50 cc. alcool de 95 c. în prezenţa soluţiunii de fenolftaleină (1%), coloraţiunea roză trebuind să persiste timp de 10 minute. Amestecului neutralizat i se adaugă 10 p. oleu de floarea soarelui şi se toarnă soluţiunea, deci normală de hidroxid de potasiu până la coloraţiunea roză, persistând 10 minute. Fie n numărul de cc. întrebuinţaţi. Cantitatea de acid oleic conţinută în 100 cc. oleu este dată de formula: 2,82 x. n. Greutatea acidului oleic conţinut în totalitatea oleiului de purificat înmulţită cu factorul 1,014 va da cantitatea de carbonat de sodiu cristalizat ce trebue folosită. Se ia un uşor exces de carbonat de sodiu.

Se pulverizează carbonatul de sodiu şi se dizolvă într'o cantitate de apă egală cu a zecea parte din greutatea sa, la temperatura de 40°. Se încălzeşte oleul la 40° şi se adaugă soluţiunea de carbonat, picătură cu picătură, agitând energic. Se reînnoeşte agitarea în mai multe rânduri şi se lasă în repaus timp de 24 ore. Se decantează şi se filtrează.

b) Ph. R. IV.: Oleum Helianthi 1000 p. Spiritus 95 c. Q. S.

Se agită 1000 p. oleu de floarea soarelui cu 500 p. alcool şi se lasă în contact 3 zile, agitând din când în când. Se decantează alcoolul şi se repetă încă de două ori această operaţiune cu cantităţi noui de alcool. Se decantează alcolul pe cât este posibil, se filtrează oleul şi se încălzeşte într'o capsulă de porţelan pe baia de nisip, la o temperatură care să nu treacă de 115°, până ce tot alcoolul a fost îndepărtat.

Se conservă în sticle cu dop de sticlă de 50—100 cc. capacitate, umplute cât mai plin şi învelite în hârtie neagră. Pentru prepararea soluţiunilor injectabile se va steriliza prin încălzire la etuvă timp de o jumătate de oră la 160°. (D-r Emil Beleot. Formularul preparatelor galenice pentru farmacii şi laboratoare. Editura Jean Leon, Bucureşti, 1946, pag. 190).

Sterilizarea suspensiei oleioase de salicilat bazic de bismut se face ca şi a celorlalte săruri de bismut, prin tindalizare la 70⁰ sau 30 minute la 100⁰.

Din tabelul în care se indică la fiecare fel de soluţiune injectabilă cantitatea obişnuită de medicament, vehiculul întrebuinţat, precum şi procedeul de sterilizat, extragem următoarele în legătură cu bismutul [1]).

Medicamentul	Concentraţia obişnuită	Vehicolul întrebuinţat	Procedeul de sterilizare
Bismulum salic.	10—20 p. la 100 p.	După caz: Apă distilată, sau oleu neutralizat (suspensiuni)	Tindalizare la 70⁰ sau 30' la 100⁰.

O formulă practică este aceia a lui Lenoir [2] — folosită cu succes şi în plan — în care se adaugă suspensiei oleioase bismutice un antiseptic şi anume: gaiacolul:

Rp. Salicilat de bismut 100 gr.
Gaiacol 10 gr.
Oleu de olive Q. S. p. 1000 cm. c.

Un centimetru cub din această suspensie conţine aproximativ 5,7 centigrame bismut-metal.

Majorând cantitatea de salicilat bazic de bismut din formula lui Lenoir cu 4 grame şi înlocuind oleul de olive cu un oleu indigen, obţinem următoarea reţetă:

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

Rp. Salicilat bazic de bismut 104 gr.
Gaiacol 10 gr.
Oleu de floarea soarelui purificat . . . . Q. S. p. 1000 cm. c.

în care, după ponderea moleculară a salicilatului bazic de bismut dat de farmacopeia română, un centimentru cub conţine, în mijlociu, 6 centigrame de bismut-metal.

Cu alte cuvinte, un centimetru cub reprezintă conţinutul unei fiole din bismutul pe care ministerul îl difuzează actualmente sub denumirea de **Bismosal** (6 centigrame bismut-metal pe 2 cm. c.) care este bine cunoscut de toţi.

In ceea ce priveşte grijile de asepsie şi antisepsie pe care le reclamă această preparaţie, desigur că nu mai este nevoie să le evidenţiem, ele fiind acelea ale oricărei substanţe injectabile care nu se prezintă în fiole.

Pentru a ne asigura de aceste lucruri, noi folosim flacoane mici de 20—30 cm. c. cu dop de sticlă, sterilizate, în care ne repartizăm suspensia oleioasă după cerinţele zilnice, farmacia procurându-ne suspensia bismutică în sticle de 1 litru.

In încheiere, trebue să adăugăm că succesul acestei terapii

1) E. Belcot. Loc. cit. pag. 316.
2) Nouvelle pratique dermatologique. (Darier, Sabouraud etc. 1936. Tom. III. pag. 260.

e în funcţie de respectarea **ad literam** a indicaţiilor menţionate mai sus.

Din cadrul **profilaxiei generale** desprindem câteva date în legătură cu sursa de infecţie.

In domeniul profilaxiei generale a bolilor venerice, dispensarul a desfăşurat o activitate relativ intensă în sensul identificării prostituatelor bănuite că au contaminat pe bolnavii noştri.

Ori de câte ori am avut posibilitatea, am notat în condică sursa de infecţie. In felul acesta am ajuns să înregistrăm la consultaţiile bărbaţilor o serie de case de toleranţă. Intrucât numărul prostituatelor dintr'un bordel nu e prea mare, ne-a fost uşor să evidenţiem pe acelea bănuite că au transmis infecţia, prin simpla menţionare a semnalmentelor acestora ca: brunetă, înaltă, slabă, etc.

De aici acţiunea a trecut în seama **Centrului de profilaxie şi combatere a bolilor venerice** de pe lângă Clinica Dermato-Sifiligrafică, care a luat măsurile de rigoare în ceea ce priveşte izolarea şi tratarea.

Trebue să remarcăm că prin această metodă, eficace cu deosebire în blenoragie unde incubaţia e scurtă, se poate ajunge cât mai grabnic la depistarea prostituatelor bolnave şi a acelora care nu sunt la curent cu vizita medicală, precum şi la descoperirea unor case de toleranţă clandestine.

Incheind această dare de seamă ne permitem să facem câteva **observaţii asupra analizelor de sânge pentru căsătorie.**

Cu ocazia analizelor de sânge făcute în vederea căsătoriei, am înregistrat o serie de fapte care prezintă oarecare interes.

Observaţiile noastre se raportează, evident, la cazurile în care s'au obţinut reacţii pozitive. Ori de câte ori viitorii soţi nu practicaseră concubinajul, situaţia a luat un aspect mai serios, nuanţat în mare măsură de gradul de cultură al acestora.

In cazul când un cuplu de concubinaj urmărea din diferite motive, să se transforme într'o familie legală, stavila unui B. W. pozitiv la unul sau la ambii parteneri, a constituit un stimul pentru aplicarea cât mai grabnică a tratamentului antisifilitic.

Dar lucrurile nu trebue considerate numai în latura aceasta în care o reacţie pozitivă se prezintă ca un impediment în aranjarea unor chestiuni în afară de sfera medicală. Din contra, am fost foarte surprinşi când o serie de persoane au privit lucrurile cu mai multă judecată şi au găsit chiar cuvinte de laudă pentru acei ce au instituit acest control care le-a dat putinţa de a descoperi şi trata o boală ocultă.

In concluzie, analizele serologice prenupţiale, reprezintă un câştig extrem de important în tratamentul profilactic şi curativ al sifilisului.

Pentru moment, însă, legea privitoare la certificatul prenupţial, din cauze din cele mai variate şi asupra cărora nu insistăm, nu este îndeajuns de operantă. Totuşi principiul examenului prenupţial rămâne valabil şi nu se pot contesta şi rezultatele bune, care depind în cea mai mare măsură de conştiinciozitatea cu care se practică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul Călăraşi-Ialomiţa
Serv. de boli contagioase

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA EPIDEMII DE TIFUS EXANTEMATIC DIN ANII 1944—1946 DIN JUDEŢUL IALOMIŢA

de

D-r GH. AL. DOBRESCU
Medic Primar

şi

D-r GHEORGHE GHELASE
Medic Secundar

Epidemia de tifos exantematic şi febră recurentă din judeţul Ialomiţa a început în anul 1944 cu numeroase cazuri şi a avut o evoluţie sezonieră, cu maximum de cazuri în luna Maiu 1944, pentru ca apoi să scadă în luna Iulie, aproape la zero, după care începe din nou ca să crească până în luna Septembrie, pentru ca după aceasta să scadă din nou în cursul lunilor Noembrie şi Decembrie.

Din informaţiile noastre căpătate dela cei cari veniau ca să se internezе în spital rezultă că această epidemie a fost mai mare din punct de vedere al numărului de cazuri, care au fost relatate oficial, deoarece fie dintr'un sentiment greu de înţeles, populaţia căuta ca să ascundă pe cei bolnavi, fie că autorităţile cari constatau decesele etichetau cu totul altfel, aceste cazuri. Mortalitatea însă şi între aceste cazuri a fost destul de mică arătând astfel benignitatea acestei epidemii din anul 1944. Cazurile întâlnite au apărut în regiunile unde au fost aglomeraţiuni de populaţie sau de trupe şi s'a diseminat uneori, departe de către acei cari plecau în concedii, sau după cum a fost în regiunea noastră secetoasă, de către numeroşii cetăţeni cari plecau după alimente, făcând uneori adevărate caravane.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

In serviciul nostru în cursul acestei epidemii, în cursul anului 1944 nu am înregistrat nici un caz de febră recurentă, la cele 90 cazuri de tifos exantematic pe cari le-am spitalizat, şi dintre cari am avut vindecaţi 79 pacienţi, morţi 11, având astfel un procent de vindecare de 87,7%, iar mortalitatea a fost de 12,3%.

Formele grave întâlnite au constat mai ales în forme toxice, iar din cele 11 decese înregistrate în cursul anului 1944—5, au fost datorite formelor hipertoxice — tifos siderant — trei decese datorite complicaţiilor miocardice, iar restul de trei decese au fost provocate de complicaţiuni septice generalizate, secundar.

Această epidemie a devenit în cursul anilor cari au urmat, o adevărată endemie caracterizată însă, printr'o benignitate destul de mare, faţă de procentul mare al mortalităţii clasice.

In anul 1945, epidemia a fost în creştere şi în serviciul nostru am spitalizat un număr de 262 cazuri de tifos exantematic. In cursul acestui an, epidemia are un maximum în luna Martie, apoi scade încet până în luna Septembrie, când din nou începe ca să crească, pentru a atinge maximum în luna Noembrie, pentru a scădea iarăşi în cursul lunei Decembrie, când încep ca să apară

şi cazuri de febră recurentă. In serviciul nostru de boli contagioase înfiinţat de către regretatul profesor Bagdazar, procentul de vindecare în cursul anului 1945 a fost de 93,9%, iar procentul de mortalitate a fost de 6,1%. Cazurile de febră recurentă au fost în număr de 4, cari au fost toate vindecate.

In anul 1946, în serviciul nostru care cuprinde un număr de 40 paturi, am avut internaţi un număr de 90 cazuri de tifos exantematic, cu un procent de vindecare de 87,7%, iar mortalitatea a fost de 12,3% ceea ce însemnează acelaşi număr de cazuri ca şi în anul 1944, în schimb, în cursul acestui an numărul de cazuri spitalizate a fost de 172.

Această epidemie de febră recurentă a avut un maximum în cursul lunei Ianuarie şi a mers în scădere lentă până în luna August, având apoi două mici puseuri în lunile Septembrie şi Noembrie. Vindecările au fost de 100%.

Caracteristica acestei epidemii, a fost absenţa totală a febrei recurente în cursul anului 1944, şi apariţia ei în mod lent în anul 1945, când am avut 4 cazuri, pentru ca apoi în cursul anului 1946, să înregistrăm un număr de 172 cazuri de febră recurentă. O altă caracteristică a fost aceia că numărul de cazuri înregistrate au fost mai numeroase la sfârşitul primăverii, şi la începutul toamnei, decât în sezonul rece al iernii.

In toate aceste cazuri diagnosticul clinic a fost confirmat de către laborator, unde s'a făcut reacţia Kudicke—Steuer.

Numărul mic al cazurilor mortale se datoreşte pe deoparte benignităţei epidemiei din cursul celor trei ani, iar pe de altă parte tratamentului aplicat şi care a constat în injecţii cu soluţii de Tripaflavin 2%, atebrin, per os sau parenteral, toni-cardiace şi ser sau sânge total de convalescent; acest tratament ne-a dat satisfacţie în majoritatea cazurilor.

Vârsta cuprinsă între 20—40 ani a fost aceia care a înregistrat cele mai numeroase cazuri, bărbaţii dând un procent de aproape 90% de îmbolnăviri, iar femeile restul. Dintre cazurile letale, un procent de 2% a fost dat de cei în vârstă dela 20—40 ani, restul fiind la cei de peste 50 ani.

In judeţ frecvenţa tifosului exantematic a fost:

Anul	Bolnavi	Vindecaţi	Morţi	Procent Vindecaţi	Morţi
1944	360	328	32	91,1%	8,9%
1945	908	796	112	87,6%	12,4%
1946	440	373	67	84,7%	15,3%
		Febra recurentă			
1944	—	—	—	—	—
1945	36	36	—	100%	—
1946	298	294	4	98,6%	1,4%

Concluziuni: 1. Tifosul exantematic, devenit endemic în judeţul Ialomiţa, a fost în majoritatea cazurilor de o foarte mare benignitate, şi a apărut în anul 1944 fără febră recurentă, care apare către sfârşitul anului 1945 şi are maximum în anul 1946.

2. Procentul mortalităţii în judeţ se apropie de procentul mortalităţii din spital fiind cuprins între 8,9%—15,3%.

3. Complicaţiile secundare au fost rare.

4. Formele întâlnite mai des au fost cele fără complicaţiuni.

5. Benignitatea acestei epidemii o atribuim unei atenuări a virusului uman prin treceri succesive în cadrul aceleiaşi comunităţi, familie, sat.

Pentru demonstraţia acestui fapt relatăm că am observat familii în cari îmbolnăvindu-se un membru al familiei şi fiind îngrijit de un alt membru al familiei sale, care s'a îmbolnăvit la rândul său, şi succedându-se îmbolnăvirile în această familie ca şi în altele, am constatat că primul bolnav a făcut o formă gravă, iar restul de 2 sau 3 membrii ai familiei sale au făcut forme uşoare, pe cari le considerăm ca fiind rezultatele unei atenuări ale aceleiaşi tulpini de virus în treceri repetate la om.

TRATAMENTUL CU PENICILINĂ AL UNUI CAZ DE CĂRBUNE PULMONAR

de

D-r M. PARASCHIV

Medicul Spitalului Negreşti — Vaslui

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dăm observaţia unui caz de cărbune, care iniţial având localizarea cutanată, secundar s'a generalizat prin însămânţare pulmonară, sucombând după 4 zile de tratament seric şi 400.000 unităţi penicilină.

Bolnavul M. F. de 17 ani, din com. Drăgăşani, jud. Vaslui, intră în spitalul Negreşti, în ziua de 14 Iunie 1947, cu pustulă în regiunea hioidiană şi edem accentuat în regiunile laterale cervicale şi regiunea anterioară toracică.

Istoric: Bolnav de 2 zile, boala începând cu o mică veziculă în regiunea hioidiană, cu senzaţie de mâncărimi, şi usturimi determinând pe bolnav să rupă această vezicală după care s'au edemaţiat părţile laterale ale gâtului şi regiunea toracică anterioară, în care stare se internează în spital.

Starea prezentă: Bolnavul de constituţie mediocră cu ţesutul celuloadipos bine desvoltat, prezintă în regiunea hioidiană o pustulă de circa 2 cm., compusă dintr'o zonă centrală necrotică cu vezicule pe mărgini, această leziune este localizată pe o zonă edemaţiată şi dură, edemaţiere, întinsă pe faţa anterioară şi laterală a gâtului şi pe partea anterioară şi părţile laterale ale toracelui. Regiunile mamelonare dr. şi stg. uşor tumefiate. Temperatura la internarea în spital 37,4, starea generală rea.

Aparatul respirator: Matitate pe toată aria pulmonară, raluri fine subcrepitante pe tot câmpul pulmonar, tusă şi sputa hemoptoică.

Aparatul cardio-vascular: Tahicardie, pulsul filiform, la cord suflu mezosistolic, cianoza feţei, a buzelor, a extremităţilor, dispnee de decubitus.

Tubul digestiv: Senzaţie de greaţă şi vărsături, limba saburală, amigdalele uşor tumefiate, faringele intens congestionat.

Aparatul excretor: Nimic important.

Sistemul nervos: Agitat, insomnie.

In rezumat: Bolnavul nostru prezintă, o pustulă în regiunea hioidiană, înconjorată de vezicule (zona Chausier) cu edemaţierea gâtului şi peretului anterior al toracelui, agitat, spută hemoptoică. Fără a avea posibilităţi de a efectua examen de laborator, sau intra-dermo-reacţia lui Bălteanu—Toma, am diagnosticat pe acest bolnav cu pustulă malignă şi fenomene pulmonare cu septicemie cărbunoasă.

După tratatele clasice şi literatura care mi-a stat la dispoziţie nu am găsit cazuri în care localizarea cărbunoasă să aibă o leziune secundară mai cu seamă că acest bolnav a venit dela început în spital unde i s'a făcut tratamentul adecuat şi în cantităţi suficiente.

Pustula malignă îşi are o localizare dermică, pulmonară sau gastro-intestinală, la aceste din urmă prognosticul într'adevăr fiind foarte grav, la forma cutanată a cărbunelui, pustula maligna nu are un prognostic aşa de defavorabil dacă bolnavul şi-a făcut tratamentul dela început şi în cantitate suficientă. Noi credem că bolnavul nostru, a făcut forma primară cutanată şi secundar cărbune pulmonar cu septicemie consecutivă, mai cu seamă că după cum redăm mai jos tratamentul făcut, a fost administrat dela început în cantităţi suficiente prin ser anti-carbonos, penicilină, tratament local şi general.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Redăm tratamentul executat:

14 Iunie 1947. Tratament local: cauterizări, injectarea veziculei în jurul ei cu sânge propriu, pansament cu vasilină boricată, ser anticarbonos 150 cmc. din care 100 cmc. intravenos, 50 cmc. subcutan. Două injecţiuni cu ulei camforat.

15 Iunie 1947. Tratament local: pansamente locale cu neosalvarsan în soluţie glicerinată, 150 cmc., ser anti-carbonos intravenos.

Penicilină a 100.000 unităţi executată din 3 în 3 ore, începând dela 7 dimineaţa, în câte 20.000 unităţi de injecţiune. Se observă la ora 19 o uşoară îmbunătăţire în starea generală, însă edemaţierea cutanată cu tendinţă de generalizare la tot toracele, dând aspect bolnavului de atlet.

16 Iunie 1947. Pe lângă tratamentul aplicat în ziua precedentă, cu aceiaşi cantitate de ser anti-carbonos şi penicilină, bolnavul fiind apiretic, se încearcă şi şocul proteinic prin formula Nolf, 30 cmc. Nu se observă nicio ameliorare decât o ridicare a temperaturei în seara zilei la 38.

17 Iunie 1947. Continuând, avea o stare din ce în ce mai gravă, mărim cantitatea de ser anti-carbonos la 200 cmc., plus 10 cmc. ulei camforat şi una injecţiune strofantină.

18 Iunie 1947. Bolnavul este agitat, cianozat complect, pulsul interceptibil, se continuă acelaşi tratament ca şi în ziua precedentă, pentru ca la 16 ore să sucombe.

Am ţinut să public acest caz, întrucât după observaţia redată, infecţiunea cărbunoasă la bolnavul nostru, are un caracter mai aparte faţă de alte îmbolnăviri. Credem că la acest bolnav a fost vorba mai mult de o septicemie sporică decât sub formă bacteriană care a dat această rezistenţă, necedând la tratamentul combinat de ser anti-carbonos plus 400.000 unităţi penicilină. In tratatele avute la dispoziţie, tratamentul combinat de ser anti-carbonos şi penicilină a dat rezultate pozitive, vorbind în special despre infecţiunea cutanată, negăsind totuşi rezultat pozitiv la vreun bolnav asemănător ca în cazul nostru.

Deşi diagnosticul nu a putut fi confirmat prin intra-dermo reacţia, examenul de laborator, însămânţări pe medii de cultură, etc., atât examenul clinic prin descrierea pustulei, cât şi datorit faptului că la locuinţa bolnavului au fost două oi moarte prin cărbune, verificate de medicul veterinar, ne îndreptăţeşte a crede că diagnosticul este precis de pustulă malignă.

INTRADERMOREACŢIA MANTOUX IN MEDIUL ŞCOLAR PRIMAR ŞI SECUNDAR DIN TRG.-JIU

de

D-r AUREL PUŞCARIU **D-r POPESCU ILARIE** şi **D-r CUŢU AUREL**

Digitized by Central University Library Cluj

Inainte chiar de a veni dispoziţia ministerială prin care se ordona practicarea intradermoreacţiei Mantoux la elevii tuturor şcolilor, luasem personal această iniţiativă, din pură curiozitate ştiinţifică, judeţul Gorj fiind unul dintre cele mai tuberculizate din ţară. Acţiunea noastră interesa un număr apreciat de elevi, ai tuturor şcolilor primare, secundare din Tg.-Jiu, atingând cifra de 2868; ea a fost uşurată de colaborarea tuturor colegilor, medici ai şcolilor respective, cărora le mulţumim cu această ocazie. Pe de altă parte această cercetare a noastră pe teren nu este o lucrare terminată, ea constituind numai o primă etapă în opera de depistare a tuberculozei, rămânând să fie desăvârşită prin examinarea clinică şi radioscopică a tuturor celor înregistraţi ca Pozitiv la intradermoreacţie.

Deşi autori ca: Nobécourt, Comby, Debré susţin că cea mai bună metodă de evidenţiere a stării de alergie este reacţiunea Pirquet şi că superioritatea intradermoreacţiei Mantoux se limitează numai până la vârsta de 5 ani (Tailleur), noi am preferat această metodă din urmă, pentru uşurinţa, rapiditatea şi economia de material în executarea ei. Ne vom dispensa de a face consideraţiuni mai ample asupra infecţiunii bacilare şi asupra alergiei în tuberculoză, socotind acest lucru inutil, menţionăm numai faptul că reacţiile pozitive demonstrează că avem de a face cu o infecţie tuberculoasă, dar nu cu un proces evolutiv (Haţieganu-Goia), cu excepţia copiilor până la 2 ani. Socotim deasemeni de prisos să dăm amănuntele tehnicei întrebuinţate, aceasta fiind pur şi simplu a injectării intra-

dermice stricte a 0,2 cc. din o diluţie de 1/10.000 de tuberculină, în regiunea antebraţului, şi citirea rezultatului după 24 ore, considerând ca pozitivă reacţia Papulo-eritematuoasă cu un diametru de cel puţin 1 cm. Inainte de a ne da rezultatele noastre, vom relata pe cele ale autorilor români publicate anterior nouă, pentru a le putea judeca în mod comparativ. Andronescu găseşte următoarele procente de pozitivi pe grupe de vârstă:

Intre 5— 7 ani	18,6%
„ 8—11 „	30,5%
„ 12—15 „	40,7%
„ 16—19 „	5[illegible],8%

Tătăranu şi Şerbănescu înregistrează între 7—15 ani, dela 28,3 până la 37,3% pozitivi în Bucureşti. Profesorul Stăţineanu în plasa Tomeşti (Iaşi), găseşte între 5—20 ani, 21,7% — 60,4%; Râmneanţu, dela 7—17 ani găseşte 3,1% până la 78,6%.

Haţieganu şi Daniello, găsesc circa de 92,5% la un institut de fete din Cluj.

Grubea şi Vasiliu înregistrează la elevi dela 7—12 ani, în mediul rural 62,5%—75,8% şi în mediul urban 47,2%—57,4%. Grubea, Vasiliu şi Zigura într'o a doua cercetare dau:

10—11 ani	53,5%
11—12 „	54,5%
12—13 „	66,3%

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Banu stabileşte la băieţi:

	Mediul rural	Mediul urban
10—11 ani	48,8%	56,4%
12—13 „	69,2%	62,3%
14—22 „	68,8%	77,8%

Solcănescu practică şi cutireacţia şi intradermoreacţia la acelaş grup de elevi găsind:

	P.	M.
la 12 ani	36,6%	40%
„ 15 „	65,6%	66,7%
„ 17 „	74,5%	78,2%
„ 18 „	74,6%	79,1%

Deci mai mulţi pozitivi la intradermoreacţie decât la cutireacţie mai cu deosebire peste 15 ani, de unde recomandaţia de a da preferinţă peste această vârstă intradermoreacţiei.

Noi am practicat intradermoreacţia la număr de 2868 elevi, dintre care 500 elevi de clase primare şi 2368 elevi de şcoală secundară.

Rezultatele pozitive le-am totalizat pe grupe de vârste:

dela 7—11 ani	14%
„ 12—15 „	39%
„ 16—19 „	54%

Comparativ cu cifrele celorlalţi autori, cele găsite de noi se apropie de acele ale Doctorului Andronescu, cu excepţia primului

grup de vârstă, unde procentajul nostru este mult inferior. Remarcăm creşterea simţitoare a procentajului paralel cu vârsta.

Cercetând situaţia materială a celor pozitivi, am constatat că la 67% din aceştia nu depăşeşte averea părinţilor de 1—2½ ha., pământ, întreţinându-i la şcoală cu mari sacrificii.

Sub raportul aglomeraţiei la domiciliu şi acasă la părinţi, pentru a verifica ceeace au afirmat şi ceilalţi autori, am constatat că 80% din cei pozitivi locuiesc cu peste 3 persoane în cameră. In ceeace priveşte provenienţa elevilor 51% aparţin mediului rural şi 49% aparţin mediului urban.

Cercetând antecedentele, am găsit 19% din cei pozitivi cu unu din membrii familiei suferind sau sucombat în urma unei afecţiuni pulmonare baccilare.

In fine raportându-ne la sex, 62% din pozitivi au fost băieţi şi 38% fete.

Deci, proporţia se explică însă — şi prin faptul că intradermoreacţia a fost făcută la un număr mai mare de şcolari decât de şcolăriţe.

Urmează ca într'o publicaţie ulterioară să complectăm aceste date prin examenul radioscopic al celor pozitivi, cât şi repetarea intradermoreacţiei la cei negativi, pentru a vedea câţi din ei au făcut virajul la tuberculină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNUI CAZ CU SINDROMUL LUI KLIPPEL

de

D-r ROHAN NICOLAE

In 1892, Klippel a izolat un sindrom compus din ciroză hepatică asociată cu psicho-polinevrită alcoolică.

In literatura medicală universală sunt foarte puţine cazuri publicate.

Amintim cazurile lui Castaigne şi Sainton şi L. Ramond.

Sindromul nu este pe deplin conturat. Poate fi o ciroză atrofică ascitogenă Laennec, după cum poate fi şi o ciroză hipertrofică prin degenerescenţă grăsoasă a ficatului. Ceea ce este important, este că pe acest fond cirotic se suprapune o polinevrită alcoolică asociată cu turburări psihice de tipul sindromului lui Korsacoff sau aşa numita: psichoză polinevretică.

La rândul ei această psichoză polinevritică, nu este necesar a fi prezentă în tot complexul ei simptomatic, adică:

1. Amnezie (mai ales asupra faptelor recente);
2. Delir de tip oniric şi
3. Confuzie mintală.

In cadrul sindromului Korsacoff, se pot constitui adevărate forme clinice, manifestate parţial prin preponderenţa unuia din simptomele de mai sus, deci forme amnezice, forme delirante, confuzionale (Ballet) sau demenţiale (Dupré).

Cazul pe care-l prezintăm am socotit că este incadrabil în sfera acestui polisindrom a lui Klippel.

Observ. — La 30 Oct. 1945, suntem chemaţi să vedem pe C. P., vechiu ofiţer de rezervă, în vârstă de 61 ani, proprietar de vie, pentru o ciroză atrofică ascitogenă, ce dura de vreo două luni, diagnosticată de mai mulţi medici din localitate şi pentru care i se făcuseră mai multe paracenteze. Aceasta era complectată cu un serios sindrom hemoragipar manifestat prin stomatoragii şi epistaxis, alături de o anemie consecutivă. Ceea ce ne-a impresionat mai mult erau durerile mari pe care le acuză bolnavul în membrele inferioare, la care se adăoga o mare jenă în mers, încă de acum 2—3 luni. In ultima vreme aceste dureri deveniseră foarte acute, cu deosebire la gambe.

In acelaşi timp, anumite manifestări de ordin psihic, ce datau şi ele de mai multe luni, îngrijoraseră şi mai mult familia şi o determinase să consulte mai mulţi medici.

In **antecedentele bolnavului** găsim o scarlatină la 14 ani şi o pneumonie la 23 ani. In plus o plagă de războiu prin schije la braţul stâng.

Este suferind de ciroză de mai multe luni, Mai înainte de a fi observat balonarea abdominală, a avut de suferit dureri nevralgice în membrele inferioare pe care le-a socotit întotdeauna de natură reumatismală şi le-a tratat ca atare. abia de vreo două luni a fost nevoit să recurgă la cârje pentru a-şi corija incertitudinea în mers, pentru jena ce o resimţea mai ales în membrul inferior drept, ce-i creea mari greutăţi la mers prin tendinţa ce o avea de a se împiedica în vârful piciorului.

Este dela sine înţeles că în ultimul timp, bolnavul nu mai putea părăsi patul, mai mult din cauza caşexiei cirotice.

Membrii familiei complectează datele anamnetice ale bolnavului, relatând cu multe amănunte asupra humorului viu pe care l-a avut întotdeauna bolnavul, humor ce devenia şi mai robust în cursul meşelor mai copioase, la care nu lipsia niciodată vinul.

Ceea ce îngrijora mai mult anturajul bolnavului nostru, era starea psihică a acestuia.

Acesta îşi manifesta convingerea lui, că starea morbidă în care se găsia, şi în special, durerile ce le resimţia în membrele inferioare, erau consecinţa unuia din bombardamentele aeriene, lansate asupra oraşului, şi la care de altfel asistase pasiv, cu toţi cetăţenii, bombardamente, care pentru el se repetau mereu, aproape în fiecare zi, chiar şi acum după terminarea războiului. In aceasta rezida totala sa aversiune faţă de luptătorii acestei arme, pe care îi vedea roind în jurul patului său.

Pe de altă parte, familia remarcase mai de mult o slăbire a memoriei bolnavului.

Este adevărat, că aceasta era manifestă numai faţă de date şi întâmplări recente. In schimb relata cu destulă preciziune, în anumite momente, întâmplări din trecutul mai îndepărtat.

La **examenul clinic,** constatăm: Un torace emfizematos, prezentând câteva

BCU Cluj / Central University Library Cluj

raluri bronşice şi crepitaţiuni. Examenul radioscopic, făcut cu două luni mai înainte, a arătat integritatea parenchimului pleuro-pulmonar.

La cord nu găsim nimic patologic. Puls 72. Tensiunea 14—8.

Ficatul nu se palpează.

Splina percutabilă pe 3 laturi de deget. Nu se palpează.

Abdomenul destins, balonat, cu o circulaţie colaterală venoasă de tip porto-cav superior. Valul transabdominal se poate percepe. Matitatea deplasabilă. Oligurie 700 gr. Albuminurie, cilindrurie. Rare hematii. Urobilinurie. Glicozurie absentă. Pupilele reacţionează la lumină şi distanţă. Reflexele rotuliene şi achiliene mult diminuate, fără a fi însă abolite complect. Semnul Romberg negativ. Semnul Babinsky negativ.

La membrele inferioare turburări sensitive, marcate prin dureri spontane, mai ales în gambe şi coapse. La examenul obiectiv, hiperestezie plantară. Presiunea profundă musculară nu este dureroasă.

Turburările motorii sunt localizate pe extensorii degetului mare cu flexiunea consecutivă a acestora şi pierderea mişcării de extensie în mod simetric. Bolnavul nu poate face extensia degetului mare dela niciun picior.

Nu constatăm, în afară de uşoare edeme maleolare, nicio turburare de ordin trofic, probabil din cauza limitării procesului de paralizie flască numai la extenzorii degetelor mari.

Neavând posibilitatea, nu s'a cercetat reacţia de degenerescenţă a lui Erb. Turburările psihice survin cu intermitenţă şi după felul manifestărilor descrise mai sus, constând în turburări de memorie, halucinaţii sensitive şi sensoriale cât şi o stare confuzională.

Reacţia Bordet-Wassermann practicată din prima zi, s'a arătat negativă.

In lichidul cefalo-rachidian este absentă albumina cât şi elementele citologice. Glicorachia normală (0,52).

Hemograma 2.900.000.

Leucograma, în afară de o uşoară leucopenie (6800), nu arată nimic deosebit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONSIDERAŢIUNI PATOGENICE

Debutul ascitei, în cazul de faţă, s'a produs după instalarea complexului neuro-psihic, fără ca bolnavul să fi recurs, în faza preascitică, la un examen medical. După cum reese din antecedentele bolnavului, acesta a prezintat semne nete de insuficienţă hepatică, cu mult timp înainte de apariţia sindromului ascitic.

Cât priveşte apariţia turburărilor nervoase, durerile şi furnicăturile din membrele inferioare, acestea au apărut cam în acelaş timp cu turburările dispeptice, precedând în orice caz apariţia sindromului ascitogen, cam cu un an.

Cam în acelaşi timp cu manifestările subiective ale turburărilor sensitive, se pare că s'au schiţat primele semne confuzionale, delirante, falsele senzaţii, elemente de ordin psichic, care au alarmat mai mult cercul familiar.

Bazaţi pe antecedente cât şi pe aspectul clinic al maladiei, am socotit că ciroza ascitogenă atrofică a cazului de faţă este de natură alcoolică. Supoziţia noastră etio-patogenetică, pare să fie confirmată şi prin turburările polinevritice. Această polinevrită,

marca mai mult turburările de ordin senzitiv decât motoric, specific într'o mare măsură polinevritelor alcoolice, mai ales în diagnosticul diferenţial faţă de polinevritele saturnine, în care turburările senzitive lipsesc. Foarte uşor era de îndepărtat o polinevrită arsènicală, diabetică, etc.

Psichoza polinevritică sau sindromul lui Korsakoff, este manifestat în cazul de faţă prin slabe turburări de memorie şi mai ales printr'un grad serios de confuzie mintală şi halucinaţii senzitive şi sensoriale. Ar intra mai mult în formele confuzionale studiate de Ballet.

Am redat aceste date sumare pentru a vedea, dacă subiectul de faţă poate contribui, într'o măsură cât de mică la clarificarea patogeniei sindromului Klippel.

Klippel considera psicho-polinevrita ca o consecinţă a intoxicaţiei organismului prin toxinele rezultate din insuficienţa hepatică cirotică, insuficienţă determinată de alcool. Deci alcoolul ar activa direct asupra ficatului şi indirect ar provoca nevrita parenchimatoasă cu degenerescenţă walleriană.

Pentru Castaigne şi Sainton atât ciroza cât şi polinevrita sunt sub dependenţa toxică directă a alcoolului.

Raportându-ne la cazul nostru remarcăm că turburările neuropsihice sunt aproape concomitente cu manifestările insuficienţei hepatice.

In concluzie, nu am putea conchide în sprijinul teoriei patogenice a lui Klippel ci mai mult în spiritul tezei susţinută de Castaigne şi Sainton.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ELEFANTIAZIS AL PENISULUI ŞI AL SCROTULUI DE NATURA LIMFOGRANULOMATOASĂ

de

D-r A. T. VIŞAN

Limfogranulomatoza a devenit comună şi se vede sub toate formele: fruste, anormale, extragenitale.

Aspectele clinice sub care o întâlnim frecvent sunt: formele inghinale (tipice sau atipice), formele cutanate şi formele anorectale.

In ultimii zece ani, numărul cazurilor a sporit considerabil, recunoaşterea formelor extra-genitale ale maladiei şi mai ales întrebuinţarea reacţiei Frey, sistematic, la toţi indivizii purtători de adenopatii inghinale, au lărgit domeniul acestei afecţiuni, sporind desigur numărul cazurilor.

Sunt o serie de cauze care pot favoriza localizarea virusului limfogranulomatos, ca: leziunile locale ale organelor genitale (papiloame veneriene, leziuni de scabie, herpes genital recidivant, ulceraţiuni traumatice după coit).

E posibil ca starea anterioară a ganglionilor să fie un factor care ar putea în unele cazuri, să favorizeze desvoltarea maladiei.

Graţie introducerii reacţiei Frey (1925) preconizată pentru diagnosticul limfogranulomatozei, s'a putut repede vedea că, câmpul atribuit acestei infecţiuni este mult mai întins decât s'a crezut la început.

Aşa, alături de forma ganglionară descrisă la început, un mare număr de manifestări din cele mai variate ca aspect şi localizări, ca: ulcerul cronic vaginal, anorectita stenozantă (sifilomul anorectal de odinioară al lui Fournier) şi după lucrări mai recente, unele forme de „anexite" (Barthels şi Biberstein), de „colite" (Levaditi) şi de localizări cutanate (Nicolau), au fost recunoscute azi ca aparţinând limfogranulomatozei.

Desvoltarea actuală a chestiunei limfogranulomatozei este atât de mare şi problemele pe care le ridică această boală, atât de numeroase, încât orice nouă publicaţie sau comunicare, nu fac decât să contribuie treptat la luminarea acestei însemnate boale.

Această curioasă alterare limfogranulomatoasă a prepuţului şi a scrotului, care prezintă analogii clinice şi anatomo-patologice cu leziunea limfogranulomatoasă pe care o observăm la femee în regiunea buzelor mari şi pe care vechii autori au descris-o sub numele de isteomen, este destul de rară.

Redăm mai jos observaţia clinică a cazului nostru:

Este vorba de un bolnav în vârstă de 21 ani, de profesiune ziarist, care se prezintă la consultaţiile clinice dermato-sifiligrafice dela spitalul Colentina, pentru tumefacţia considerabilă a scrotului, a penisului şi a regiunei pubiene, neînsoţită de durere, fără febră şi care datează de 5 săptămâni.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

Prin interogator nu găsim nimic important în antecedentele bolnavului decât scarlatină la vârsta de cinci ani.

Neagă orice maladie veneriană.

La examen, ne isbeşte volumul aproape dublu al organelor genitale externe, care au devenit sediul unui edem dur, inflamator, ocupând în întregime scrotul, penisul şi regiunea pubiană.

Penisul este tumefiat pe toată întinderea sa, şi destins de un edem consistent. In porţiunea anterioară a prepuţului, există un şanţ care delimitează un fel de ventuză.

Pielea este de coloraţie roşie violacee şi nu se lasă deprimată, având o consistenţă dură.

Orificiul prepuţial se prezintă ca o crăpătură transversală, de 1,5 cm. cu marginile umflate, pe care cu multă greutate le putea îndepărta, fără însă a vedea glandul.

Scrotul de asemenea, dublat de volum, cu tegumentele de aceiaşi coloraţie şi consistenţă ca şi penisul, este sediul unui edem dur.

Nu se pot palpa testicolele din cauza edemului.

Regiunea pubiană este de asemenea tumefiată, dar mai puţin infiltrată.

Ganglionii inghinali nu sunt măriţi de volum.

Tuşeul rectal nu arată nimic anormal. Mucoasa rectală este suplă, fosele ischio-rectale sunt libere, calibrul rectului normal.

Prostata este normală, nedureroasă.

In rest, examenul general al bolnavului este negativ. Reacţiunile serologice (Wassermann, Meinicke, Kahn), sunt negative.

Ca tratament, i s'a aplicat bolnavului comprese umede cu lioarea Burow şi injecţiuni cu săruri de stibiu, asociate cu sulfamide.

După trei săptămâni de tratament, edemul a mai cedat, prepuţul permite acum decalotarea, glandul apare şi nu se observă nicio modificare pe gland sau pe faţa internă a prepuţului.

In faţa acestui cortegiu de simptome am practicat bolnavului reacţia Frey, care a fost intens pozitivă: în centru, o papulă de $^3/_4$ mm diametru, acoperită de vezicule cât un bob de meiu. Imprejur o zonă eritematoasă, depăşind mărimea unei piese de 5 lei.

După alte 5 zile, am repetat reacţia Frey cu un alt antigen, obţinând acelaş rezultat: intens pozitiv.

Este vorba deci de un elefantiazis acut al scrotului şi al penisului de origină limfogranulomatoasă, asemănător la bărbat cu sindromul descris de Yersild la femee.

Interesul cazului constă în faptul că acest elefantiazis genital de origină limfogranulomatoasă a apărut izolat, fără să existe adenopatie inghinală sau strictură rectală.

Pentru complectarea diagnosticului ar mai fi fost necesară practicarea unei biopsii, care ar fi adus un element important, dat fiind că leziunile de elefantiazis limfogranulomatos, după cum a arătat **Profesorul Nicolau**, sunt destul de caracteristice pentru această boală, căci isteomenele la femei, nu se traduc microscopic prin simple fenomene de stază, ci se găsesc celule inflamatorii de tipul Plasmazellen şi limfocite, ca în procesul ganglionar de natură limfogranulomatoasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In literatură am mai găsit descrise trei cazuri de către **Coutts** şi **Herrera** în 1934, la pacienţi în vârstă de 29—42—49 ani şi la care boala dura de un an şi jumătate la primul, de 2 ani la al doilea, iar la ultimul de şapte ani.

Ei au studiat cazurile din punct de vedere histologic, arătând că modificările histologice ar semăna cu cele ale elefantiazisului vulvar cronic.

Gregorio din Saragoza, a descris în 1936, un caz de elefantiazis al penisului asociat cu ulcer cronic.

Marcel Pinard, Delaitre şi Chiche, au comunicat în Decembrie 1937, observaţia unui bolnav în vârstă de 59 ani atins de elefantiazis enorm al penisului şi scrotului şi abces urinos, tot de natură limfogranulomatoasă.

In 1946, **Doctorul St. Tănăsescu**, a comunicat la Societatea de Dermatologie şi Sifiligrafie din Buc., un caz de elefantiazis al penisului şi scrotului, de aceeaş natură.

Dans cet article nous voulons attirer l'attention sur une curieuse altération limphogranulomateuse du scrotum qui présente des analogies cliniques et anatomopathologiques avec la lésion limphogranulomateuse qu'on observe chez la femme aux grandes lèvres et que les vieux auteurs ont designé sous le nom d'esthiomène.

Il nous a paru intéréssant d'attirer l'attention sur cette lésion, d'abord parcequ'elle constitue une manifestation moins connue de la limphogranulomatose et ensuite pour la difficulté de diagnostic auquel sa méconnaissance pourrait donner lieu.

FLOAREA PATIMILOR

(Passiflora incarnata, caerulea, edulis etc.)

de

D-r N. IGNA
Alba-Julia

Passiflorina este cunoscută corpului medical, mai mult ca o specialitate farmaceutică franceză, cu largă publicitate în toate revistele medicale. Această specialitate compusă din extracte vegetale, are ca bază principală o plantă exotică, cu denumirea ştiinţifică de **Passiflora incarnata.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Având în grădină un exemplar din această plantă medicinală, cu flori atât de frumoase şi curioase, am căutat să prezint „artistica ei făptură", în care frumosul desăvârşit este unit cu utilul căutat (Prof. I. Simionescu).

Această plantă, originară din America de Sud, se găseşte în abundenţă mai ales în Brazilia, Peru şi Antile. Sub tropice este cultivată şi o varietate

comestibilă. Şi în Europa, mai ales în sudul Franţei, se cultivă ca plantă ornamentală. Adesea serveşte la decorarea zidurilor, chioşcurilor şi a florăriilor. O găsim şi în ţara noastră, mai ales în Banat, unde este crescută mai mult ca floare de ghivece. La noi este cunoscută sub denumiri variate ca: Floarea patimilor, floarea suferinţii, floarea lui Hristos, floarea cerului, Golgota (Alba Iulia), Ceasornic (Oraviţa), etc. Denumirea universală de floarea patimilor (Fleur-de-la-Passion, Passions-Blume, etc.), sub care e cunoscută, cât şi numele ei ştiinţific derivă din latinescul **passio** (suferinţă, pătimire) şi sunt datorite mai ales faptului că florile mari şi frumoase ale acestei plante au o formă deosebit de curioasă, în care imaginaţia populară voieşte a regăsi uneltele de supliciu ale Domnului Nostru Isus Hristos. Coronula în formă de disc, prin asemănarea sa, ar simboliza coroana de spini şi biciul, staminele prin forma lor amintesc ciocanele şi suliţele, iar stigmatele ar reprezenta cuile sau piroanele.

După clasificaţia lui **Engler**, această plantă face parte din familia botanică a Passifloraceae-lor, subclasa Archichlamydeae-lor, clasa Dicotyledonae-lor, subdespărţământul Angiospermae-lor, despărţământul Embryophyta Siphonogama.

Este o plantă agăţătoare, prin cârcei, având o tulpină lemnoasă, subţire foarte ramificată, care poate ajunge până la cinci metri înălţime. Este o plantă vivace, care continuă a trăi mai mulţi ani, dând flori şi fructe anuale.

Frunzele, de culoare verde închis, sunt mari, netede, dinţate, adânc crestate, având cinci până la şapte lobi. Sunt legate de tulpină de un peţiol nu prea lung. Cârceii sunt aşezaţi la subbraţ.

Floarea, cu miros slab, mare, frumoasă, de culoare alb-verzuie, cu nuanţe de galben şi albastru palid. Are forma unei stea regulată, cu zece raze, aşezate pe două rânduri, compusă din cinci petale şi cinci sepale (mai verzi), toate de aceiaşi formă şi dimensiune, la exterior se mai găseşte un calicul protector format din trei frunze mici, de culoare verde. Coronula, compusă din numeroase filamente, are forma unui disc, cu raze dispuse în două cercuri, colorate purpuriu la bază, alb la mijloc şi albastru la extremităţi. Staminele, în număr de cinci, de lungime egală, de culoare verzuie, sunt dispuse simetric. Sunt formate dintr'un filament scurt, pe care e fixată mobil, o antheră de formă ovoidă, verzuie, având un chenar galben. Stilele în număr de trei, foarte desvoltate şi lungi, de culoare brună, terminate cu stigmate mari, rotunde, de culoare mai închisă, având aspectul unor cuie lungi cu capul rotund. Ovarul bine desvoltat, în formă de butelie, de o culoare verde, palid, având o placentaţie parietală. Este caracteristic pentru această plantă, că aparatul de reproducţie al florii este hermafrodit, adică are ambele organe sexuale, gyneceul (compus din ovar, stilele şi stigmate) şi androceul (compus din totalitatea staminelor), aşezate în acciaşi floare. Infloreşte în lunile Iulie şi August.

Fructele, rare la planta crescută în ghivece, sunt mici şi de culoare galbenă la maturitate.

In medicină se întrebuinţează mai ales specia **Passiflora încarnata**, introdusă de multă vreme de medicii nord-americani, din care cauză se mai numeşte şi **Passiflora americana**. Se mai utilizează speciile **Passiflora edulis, Passiflora caerulea**, care ar avea şi proprietăţi depurative. **Passiflora Banksii**, etc. Câteva specii americane, cum ar fi

BIBLIOTECA UNIV. DIN CLUJ

Passiflora quadrangularis, fac fructe mari, de câteva kilograme, care sunt comestibile, având un gust dulce-acrişor, asemănător merelor de soiul „grenad", din care cauză aceste specii de plante se mai numesa şi **grenadile.**

Părţile utilizabile din plantă, în scop medicinal, sunt floarea şi frunzele. Recoltarea lor se face vara.

Principiul activ terapeutic este un compus cianic, netoxic.

Ca proprietate farmacologică, această plantă posedă virtuţi sedative de primul ordin, fiind în acelaşi timp un foarte preţios antispasmodic, mai ales feminin. Este un medicament calmant al sistemului nervos şi un regulator tonicardiac prin excelenţă. Reuşeşte foarte bine şi în insomnii nervoase. Nu cauzează depresiuni secundare.

Se întrebuinţează extractul fluid, în doză de 30—60 picături pe zi şi alcoolatura de plantă proaspătă în doză de 25—50 picături pe zi.

Acţiunea medicamentului este întărită şi prelungită prin adăogarea altor extracte vegetale ca Salix alba, Crataegus oxyacantha, (Ex. passiflorina Reaubourg).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Errata

D-l D-r G. Bungeţianu, bursier la Institutul C. Forlanini din Roma, atrage atenţia asupra unor greşeli de redactare cari s'au strecurat în articolul D-sale „**Viaţa Culturală şi Ştiinţifică în Italia**", publicat în Nr. 3—4/1947.

La pag. 326, în loc de „la Universitatea din Roma au fost înscrişi anul acesta 180.000 studenţi", trebue cetit „la Universităţile din Italia...". Iar în loc de „dintre cari numai la Facultatea de Medicină sunt peste 30.000...", trebue cetit „dintre cari numai la Universitatea din Roma...".

Necrolog

Un prieten al României

PROF. DR. ELISEO SEGURA-ARGENTINA A MURIT

de

Docent D-r D. I. VASILIU
Medic primar București

Pe lângă vestea bună primită de curând de la ministrul nostru din Buenos-Aires că ne trimete din Argentina puține boabe de grâu, ca să ne mai astâmpărăm foamea ce ne roade cumplit, am mai primit și o veste tristă și dureroasă, în special pentru mine. Marele specialist otorino-laringolog al Americei de Sud, simpaticul și bunul prof. Dr. Eliseo Segura a murit acum câteva luni.

Când auzi de moartea oamenilor mari, din ale căror mâini es vindecați suferinzii sau muribunzii, te apucă o durere sfâșietoare.

Pentru mine durerea este și mai mare, căci am avut cinstea să-l cunosc și să lucrez în serviciul acestui mare Savant.

Eram la Paris în 1923, prima dată când trecusem granițele țărei. La spitalul „Saint Louis", în serv. Prof. Lemaître, un mare chirurg argentinian, făcea o demonstrație operatorie la creier prin nas, pentru a scoate o tumoare a glandei hipofizei, acea glandă care în perturbarea ei produce „acromegalia și gigantismul". Un lung șir de instrumente anume create de imaginația savantului erau introduse prin nas pe sub mucoasa cloazonului rezecat și cu o daltă lungă și ascuțită pătrundea la creier chiar în loja turcească, extrăgând tumoarea cu o măestrie fără seamăn redând sănătatea bolnavului.

Meșterul operator neînchipuit de abil și precis era prof. D-r Eliseo Segura. După operație, prof. Lemaître i-a prezentat pe numeroșii asistenți din diferite părți ale lumei. Când a ajuns la mine, Segura îmi spuse cu zâmbetul lui caracteristic: am auzit vorbindu-se frumos de România și sunt încântat că am cunoscut un reprezentant al unei țări așa de frumoasă și îndepărtată.

După câțiva ani, 1930, am fost în tovărășia savantului Marinescu în Argentina. L-am văzut pe Segura din nou, în țara lui, în clinica lui, în casa lui...

Prof. Segura era admirat de toți medicii, idealizat și iubit de toți specialiștii de nas-gât-urechi. Cei 24 asistenți ai lui toți îmi

vorbeau cu veneraţie de Segura, a cărui apariţie printre asistenţi era ca un Mesia într'o dublură de apostoli.

In afară de cursurile magistrale pe care le făcea, era un operator de clasă. Avea procedee personale pentru toate intervenţiile grele ale capului şi în special ale sinusurilor feţei.

Născut din amestecul coloniştilor Spanioli cu băştinaşii ţinuturilor Argentinei, înfăţişarea lui Segura avea ceva cu totul particular. Avea acel tip simpatic al „criojilor" cu faţa arămie şi trup de bronz.

Soţia lui înrudită cu un fost preşedinte al Argentinei, era de o distincţie fără seamă, o bună mamă şi o bună tovarăşe de vieaţă a lui Segura.

Dineul ce mi-a fost oferit acasă la ei, a fost unul din cele mai fastuoase dineuri pe care l-am văzut vreodată...

Simpatia lui Segura pentru România s'a manifestat tot timpul cât am stat în Argentina şi ca răsplată a acestei prietenii faţă de România, M. S. Regele i-a acordat după propunerea noastră, ordinul „Coroana României" în gradul de Comandor, decoraţie cu care Segura se făleа la toate congresele din Europa, arătând-o tuturor şi vorbind elogios de ţara noastră. La Congresul din Bruxelles în 1938, ultima dată când l-am văzut pe Segura, făcea mai multă propagandă şi laudă pentru România mai mult decât pentru ţara lui, arătându-şi regretul că nu a putut încă s'o viziteze, asigurându-mă că peste 2 ani când va veni din nou în Europa, va veni şi la noi.

Peste 2 ani a început războiul. A venit în loc solii de înfrăţire şi iubire între popoare, acel măcel distrugător atât al sufletelor cât şi a tot ce-a fost frumos şi demn de civilizaţie. Păcat că moartea l'a răpus, tocmai acum când poate cuvântul lui respectat ar fi influenţat mai mult asupra relaţiilor de prietenie între noi şi Argentina. Fie ca acea simpatie faţă de ţara noastră să fie transmisă fiilor lui şi asistenţilor lui. Şi când vom avea în toate ungherile lumei oameni care să vorbească frumos de România, atunci vom putea fi mândri de intelectualitatea şi ştiinţa românească.

Prof. Segura, dormi în pace! căci pe lângă miile de admiratori care te-au plâns în ţara ta, la o depărtare de 15 mii de kilometrii de mormântul tău, un admirator îţi va păstra o adâncă veneraţie până la moarte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BRAŞOV

„ZILE MEDICALE" LA BRAŞOV

Bătrâna cetate de veche tradiţie culturală a Braşovului a avut marea cinste de a adăposti în zilele de 18—19 şi 20 Aprilie 1947, câteva din figurile cele mai reprezentative ale şcoalei medicale din Cluj şi Bucureşti, sosite cu organizarea unor „Zile medicale".

Organizate din iniţiativa secţiei medicilor din Sindicatul Sanitar Judeţean Braşov şi a Societăţii Ştiinţelor Medicale din Braşov aceste zile au avut un întreit scop:

— Să aducă în Braşov personalităţi medicale care prin marea lor competinţă să desbată probleme care să arunce lumina actualităţii asupra medicilor de provincie, a căror perfecţionare va reprezenta un beneficiu de prim ordin pentru înlăturarea suferinţelor celor bolnavi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

— Să înmănuncheze pentru câteva clipe maeştrii celor două Facultăţi de Medicină şi să readucă pe profesori în mijlocul foştilor lor elevi, care reprezintă posturile de avangardă în combaterea bolilor cari ne seceră astăzi atâtea vieţi.

— Şi, în fine, să dea ocazie colegilor din diferite oraşe să se întâlnească, uitând pentru un scurt timp grijile zilei, adăpându-se la focul sacru al maeştrilor şcoalei noastre medicale, de care s'au despărţit de atâta vreme.

Subiectele de actualitate pe care conferenţiarii au găsit de cuviinţă să le susţină, au avut menirea să umple golurile pe care lipsa de reviste streine, congrese, călătorii de specialitate în străinătate, le-a produs în viaţa intelectual-profesională a medicului, perioada atât de îndelungată a răsboiului abia trecut.

Mânaţi de dorul de a şti şi de a-şi pune la punct problemele mari care stau la baza salvării sănătăţii poporului nostru, medicii braşoveni s'au strâns cot la cot sacrificând pe aceste grele vremuri de criză sumele necesare aducerii profesorilor pe care îi doreau, ca să le lumineze cărarea profesională.

A fost un început, o experienţă. Felul în care au înţeles să participe colegii localnici precum şi cei din judeţele limitrofe (numărul total al participanţilor ridicându-se la 250) a dat curaj acelora care au organizat „zilele medicale". Ele vor reprezenta începutul unei viitoare tradiţii care cu timpul va trebui să strângă la

Braşov în fiecare an un număr cât mai mare de medici ai tuturor plaiurilor româneşti, care în cadrul acestor „zile medicale" vor avea ocazia să se cunoască mai bine, să discute diferite probleme de interes profesional şi să se recreeze la poalele Tâmpei, ascultând pe maeştrii care au înţeles să-şi dedice viaţa grelei profesiuni hipocratice.

Braşovul va fi fericit ca astfel să reprezinte un centru către care medicii să vină anual pentru a-şi pune la punct unele probleme de ordin medical. Deasemenea Braşovul va şti să cinstească şi să păstreze recunoştinţa acelora, care vor înţelege să coboare dela catedre pentru a veni în ajutorul medicilor practicieni.

„Zilele medicale" din Braşov s'au desfăşurat în zilele de 18, 19 şi 20 Aprilie, dată la care se vor ţine anual de aci înainte, dacă vitregia vremurilor ce vin nu le va sta în cale.

Conferinţele au avut loc în marea sală de şedinţe a Curţii de Apel, care s'a dovedit neîncăpătoare pentru numărul mare de participanţi sosiţi din Ploeşti, Sft. Gheorghe, Tg. Săcuesc, Mercurea Ciuc, Odorhei, Făgăraş, Tg. Mureş, Sighişoara, Cluj, etc.

Şedinţa de deschidere a avut loc în prezenţa şi sub preşedinţia Alteţei sale Imperiale Arhiducesa Ileana.

Cuvântul de deschidere a fost rostit de D-l Stinghe Valer preşedintele secţiei medicilor din Braşov, după care a luat cuvântul D-l Dr. Nanu Dimitrie preşedintele Uniunii Sindicatelor Sanitare din România, care a subliniat frumoasa iniţiativă arătând utilitatea ei pentru progresul medicinei în Ţara noastră.

Programul conferinţelor a fost următorul:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

18 Aprilie: Prof. D-r Leon Daniello (Cluj): Granuliile atipice şi diagnosticul lor diferenţial. — Prof. D-r Grigore Benetato (Cluj): Importanţa factorului Rh. în practica medicală. — Prof. D-r Leon Daniello (Cluj): Consideraţiuni în legătură cu indicaţiunile şi rezultatele colapsoterapiei. — Prof. D-r Grigore Benetato (Cluj): Rolul sistemului nervos în declanşarea efortului de apărare antimicrobiană.

19 Aprilie: Prof. D-r Iuliu Haţieganu (Cluj): Concepţii noi în fiziopatologia afecţiunilor cardio-pulmonare. — D-r Viorel Grigore (Cluj): Corelaţia aparatului cardio-vascular cu glandele endocrine. Concluzii terapeutice. — Prof. D-r Iuliu Haţieganu (Cluj): Observaţiuni clinice în sindromele interdigestive. — Prof. D-r Ionescu Siseşti (Bucureşti): Consideraţiuni genetice asupra transmisiunii ereditare a aptitudinelor şi tarelor.

20 Aprilie: Prof. D-r Alfred Rusescu (Bucureşti): Problema alimentară la sugari în legătură cu turburările digestive. — Prof. D-r Ştefan Theodorescu (Bucureşti): Noi observaţiuni ştiinţifice în terapeutica bolilor de piele şi venerice. — Prof. D-r Gheorghe Băltăceanu (Bucureşti): Glomerulonefritele acute. Patologie şi tratament. — Docent D-r Liviu Câmpeanu (Bucureşti): Bioterapia chirurgicală.

Comitetul de organizare şi Biroul „Zilelor medicale" a fost format din D-nii Dr. V. Stinghe, Dr. C. Cărpinişanu, Dr. Emil I. Bologa şi Dr. Gross G.

In seara zilei de Duminică 20 Aprilie a avut loc la restau-

rantul „Coroana" o agapă la care au participat conferenţiarii şi medicii participanţi. Colegii veniţi din alte judeţe au fost găzduiţi în camere special amenajate în spitalele şi sanatoriile din Braşov.

A fost un început. Braşovul va fi fericit să poată continua anual aceste zile medicale la o dată care, rămânând aceiaşi, să devină tradiţională pentru toţi medicii Ţării. Cu subiecte disparate în acest prim an, „zilele medicale" viitoare vor pune probleme unice care vor fi tratate de conferenţiari în ansamblul lor. „Zilele medicale" din Braşov vor trebui să reprezinte pentru participant o punere la punct în totalitate a unei mari probleme medicale (sifilis, tuberculoză, boli sociale, medicină preventivă şi altele).

Convinşi că pe viitor aceste „zile medicale" vor intra în rândul atâtor tradiţii cu care Braşovul se face astăzi cunoscut, noi aşteptăm colegii din toată Ţara pentru anul viitor, trimiţându-le de pe acuma solie de bun venit.

SOCIETATEA DE DERMATOLOGIE ŞI SIFILIGRAFIE, SECŢIA BRAŞOV

In ziua de 23 Februarie 1947 a luat fiinţă Secţia Braşoveană a Societăţii Române de Dermatologie şi Sifiligrafie.

Şedinţa s'a ţinut în biblioteca Spitalului de Boli Sociale, fiind prezidată de D-l Dr. Emil Colbazi, Medic Primar Director al spitalului, de faţă fiind toţi medicii specialişti dermato-venerologi şi pediatri din localitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După ce D-l Dr. Emil I. Bologa citeşte proectul de statute ale Societăţii, plenul alege următorul comitet:

Preşedinte: **D-r Emil Colbazi.**
Vice-Preşedinţi: **D-r Tarquiniu Prişcu şi D-r Ritter Samoilă.**
Secretar: **D-r Emil I. Bologa.** Casier: **D-r Dâmboiu Vincenţiu.**
Cenzori: **D-r Grosz G. şi D-r Kerri A.**

S'au ţinut până în prezent 8 şedinţe, tot la 2 săptămâni. Prima şedinţă a avut loc în ziua de 11 Martie 1947.

S'au făcut următoarele comunicări:

Şedinţa din 11 Martie 1947: I. Bologa: Consideraţiuni în legătură în legătură cu un caz familiar de boala lui Recklinghausen. — Dâmboiu V. şi Nistor I.: Un caz conjugal de boala lui Nicolas-Favre şi discuţiuni asupra reticulinei M.

Şedinţa din 25 Martie 1947: Dâmboiu V. şi Nistor I.: Erizipeloid Rosenbach tratat cu penicilină. — Dâmboiu V. şi Nistor I.: Sifilom primar la un bătrân de 77 ani. — Colbazi: Trei cazuri de prurit vindecate prin tratament cu reticulină. — I. Bologa: Cardiazolul în dermatologie.

Şedinţa din 8 Aprilie 1947: Dâmboiu V. şi Nistor I.: Un al doilea caz de erizipeloid Rosenbach vindecat cu penicilină. — Dâmboiu V. şi Nistor I.: Un caz de sifilis secundar recidivant cu sifilide ectinocrustoase. — Colbazi: Un caz de prurit idiopatic vindecat cu reticulină.

— Dâmboiu V.: Un caz de eczemă cronică pruriginoasă vindecat cu reticulină. — Nistor I.: Un caz de prurit intens vindecat cu reticulină.

Şeinţa din 27 Mai 1947: Dâmboiu V. şi Nistor I.: Un caz de lichen şi melanodermie după neosalvarsan. — Dâmboiu V. şi Nistor I.: Cazuri de lupus eritematos şi lupus vulgar. — Nistor I.: Două cazuri de toxicodermie postsalvarsanică vindecate cu reticulină. — Dâmboiu V.: Trei cazuri de eczemă acută şi două de toxicodermie postsalvarsanică vindecate cu reticulină. — Colbazi E.: Două cazuri de prurit idiopatic vindecate cu reticulină.

Şedinţa din 10 Iunie 1947: Colbazi E., Bologa I., Dâmboiu V., Nistor I. şi Colbazi T.: Consideraţiuni în legătură cu două cazuri de dermită livedoidă Nicolau. — Dâmboiu V., Nistor I. şi Colbazi T.: Favus corporis, favide şi onicomicoză favică. — Dâmboiu V., Nistor I. şi Colbazi T.: Un caz lupus vulgar verucos localizat pe genunchiul stâng. — Lazarovici: Şaşe cazuri de intoleranţă faţă de neosalvarsan, vindecate cu reticulină. Două cazuri de toxicodermie postsalvarsanică vindecate cu reticulină. Patru cazuri de migrenă esenţială vindecate cu reticulină. — Bologa I.: Tratamentul cu vitamină D. 2 (Charpy) în tuberculoza cutanată.

Şedinţa din 24 Iunie 1947: Nistor I. şi Dâmboiu V.: Sifilis secundar recidivant cu papule circinate peribucale. — Nistor I. şi Dâmboiu V.: Sifilis I cu sifilome multiple perigenitale. — Nistor I. şi Dâmboiu V.: Sancrii moi penieni cu bubonul pe corpul penisului şi adenită inguinală incipientă, vindecat prin tratament exclusiv cu sulfathiazol.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şedinţa din 22 Iulie 1947: Bologa I.: Cheratită parenchimatoasă bilaterală ca simptom al unui sifilis congenital tardiv, declanşată de o intervenţie operatorie pentru strabism şi tratată cu penicilină administrată intramuscular şi subconjunctival. — Dâmboiu V. şi Nistor I.: Un caz de erizipeliod Rosenbach vindecat cu penicilină. — Bologa I.: Trei cazuri de erizipeloid Rosenbach vindecate cu penicilină. — Dâmboiu V., Nistor I. şi Colbazi T.: Prezentări de cazuri.

D-r Emil Bologa
Braşov

* * *

TIMIŞOARA

BULETINUL SOCIETĂŢII ROMÂNE DE OFTALMOLOGIE SECŢIA TIMIŞOARA

31 | XII | 1945 — 31 | XII | 1946. Timişoara

Editura „Cartea Românească" Timişoara.

In acest Buletin sunt cuprinse o serie de comunicări făcute în cadrul Societăţii Române de Oftalmologie, de către un grup de medici din Timişoara, care au înfiinţat o secţie a suszisei societăţi în acel oraş. Acest Buletin cuprinde o dare de seamă a activităţii de un an de zile

a unui mic grup de oculiști, dornici de progres și este o oglindă a ședințelor ținute între 30 Dec. 1945 și 31 Dec. 1946.

Cu un bogat și foarte variat material științific, reprezentând observații și studii asupra cazurilor ce s'au ivit în activitatea zilnică a domniilor lor în acel an, acest buletin prezintă un deosebit interes atât din punct de vedere științific cât și din punct de vedere informativ, în el găsind o serie de observații și concluzii de cel mai mare interes pentru practica de toate zilele. Cu toate că a insista mai mult asupra unor articole și a neglija altele e nedrept, ele fiind fiecare în parte fot atât de valoros, totuși din cauza spațiului redus mă voiu limita a trece în revistă pe scurt numai pe unele din ele.

D-r Abramovici colaborează cu 3 articole. In primul articol tratamentul ulcerului cornean cu hypopion prin paracenteza galvanică, arată modul de tratare și rezultatele admirabile pe care le-a obținut. Cea de a doua comunicare, cataracta juvenilă familiară, constă din prezentarea și comentarea unui caz; iar în a 3-a comunicare prezintă o paralizie monolaterală a motor ocularului extern, asociată cu turburări otice consecutive unui traumatism cranian.

D-r D. Adrian prezintă un caz de trahom și catar primăvăratec.

D-r E. Bogdanovici prezintă o metodă personală pentru corectarea strabismului convergent paralitic, arătând că prin ea deviația s'ar corecta dela 70° la 15°.

D-r Vasile Cojan face o comunicare asnpra a două cazuri de blefaroplastie și insistă asupra necesității indicațiilor și condițiilor optime pentru reușita intervenției.

D-r Elvira Kanya colaborează cu mai multe comunicări, din care voiu enumera câteva. Tratamentul conjunctivitei blenoragice, în care arată evoluția lui în Secția Oculistică a Spitalului Central din Timișoara. Plăgile orbito-palpebrale, evoluția lor clinică și tratamentul în care recomandă ca la orice plagă palpebrală să se procedeze imediat la avivarea și suturarea ei. Plăgile corneene traumatice, întâlnite în ultimii 10 ani la Secția Oculistică a Spitalului Central din Timișoara în care pe lângă datele statistice face unele observații asupra conduitei de urmat și rezultatelor.

D-r F. Woniga colaborează cu 8 comunicări din care citez două:

Dacriocistitele în ultimli 10 ani la Secția Oculistică a Spitalului Central Timișoara. Despre panoftalmii în general, în legătură cu cazurile observate la Secția Oculistică din Timișoara.

D-r Virgil Popovici colaborează cu 19 comunicări. Voiu cita din ele câteva. Cercetări clinice asupra a 30 cazuri de enucleație, făcute la ochii traumatizați și atrofici, cu și fără iridociclită, în care arată rolul terapeutic al extirpării globului lezat. Prezentarea unui caz de plastie conjuctivală bulbară la un caz de pseudo-pterigion după arsură cu var și indică metoda care a dat un rezultat foarte bun. Prezintă un caz vindecat de entropion circatricial prin tarsotomie verticală și insistă asupra rezultatului foarte concludent al acestei metode ușoare. Se ocupă apoi de paralizia convergentă monolaterală la un caz cu sinuzită fronto-etmoidală. Prezintă apoi o metodă personală pentru operația de pterigion prin plastie epibulbară. Refacerea conjunctivei fundului de sec și a conjunctivei bulbare cu grefă liberă din mucoasa bucală la un caz de sinblefarom cu prezentarea cazului.

D-r Nicolae Zolog colaborează cu 10 articole, din cari voiu enumera câteva. In primul se ocupă de un pseudo-gliom în cursul unei septicemii strepto-

cocice cu un punct de plecare amigdalian, în care patogenia cazului descris diferă de concepţia clasică. Se ocupă apoi de tensiunea arterială- retiniană şi valoarea ei clinico-diagnostică, descriind pe rând sindromele hiper—şi hipo-tensiuni. In altă comuncare tratează despre blefarofimoza ereditară şi congenitală, asociată cu sindactilii. In altă şedinţă face o comunicare despre paralizia izolată a motorului ocular extern în cursul pneumoniei, prezentând o bolnavă care în a 8-a zi a unei pneumonii lobare prezintă turburări ale vederii binoculare şi vertije. In cursul unei alte şedinţe face o serie de consideraţii asupra aptitudinilor vizuale necesare personalului căilor ferate. Se ocupă apoi de paralizia motor ocularului extern după rahi-anestezie.

La sfârşitul fiecărei lucrări sunt trecuţi cei care au luat parte la discuţii, dând într'un scurt rezumat părerea ridicată de fiecare.

Ne-am limitat a reda foarte pe scurt aceste lucrări care ar merita să fie publicate în extenso fiecare în parte şi regretăm că n'am putut insista asupra lor mai mult, ele cuprinzând o seamă de lucruri noi, a căror cunoaştere ar putea fi de un real folos chiar celor mai versaţi oculişti.

Se desprinde din această lucrare mai ales dragostea de muncă şi interesul de a da la iveală cât mai multe noutăţi, fapt care nu face decât să atragă admiraţia celor ce sunt preocupaţi de realizările ştiinţei medicale române.

Prof. D-r Nicolae Blatt
Timişoara

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BÂRLAD

La Bârlad continuă să apară revista „Pagini medicale", pe a cărei reapariţie sub noua formă şi cu concursul a remarcabile colaborări din afară am semnalat-o la timp.

In No. 1—4/1947, publică **lucrări originale:** Prof. G. Chipail, I. Lazarovici, S. Ştefăniu şi V. Bulmeza: Laringectomia totală pentru neoplasm. — Prof. G. Tudoranu şi C. Strat: Consideraţiuni asupra panmieloftiziei cu un caz. — Prof. Elena Puşcariu, D. Lăzărescu, C. Josin: Diabet şi catarcată la tineri. — P. Şerban: Biopsia în ginecologie. — A. Bălan, B. Elisée: Asupra uterelor duble. — B. Elisée: Analgesia în travaliu prin infiltraţie epidurală. — T. Penescu şi C. Dobrescu: Asupra tratamentului medical al abceselor sânului. — M. Glucksman şi O. Troianovski: Consideraţiuni terapeutice asupra luxaţiilor de genunchiu. — G. Radian, Alex. Mătasă şi A. Ghelber: Valoarea intervenţiilor pe sistemul simpatic şi trombo-arteritele membrelor inferioare. — P. Toporaş şi C. Pavelescu: Tuberoluoză şi ciclul menstrual. Intre **cazurile clinice,** cităm: A. Vasilescu: Caz de hipertrichoză terapeutică regională la un copil. — T. Penescu şi C. Dobrescu: Acces de malarie cu semne de ulcer gastric. La **medicina socială:** D. Pascu: Igiena şcoalei primare şi a elevului din mediul rural. — P. Toporaş: Problema învăţământului medical — în care se fac propuneri inedite cari merită a fi luate în considerare.

Numărul se închee, între altele, cu o dare de seamă dela Societatea ştiinţifică din Vaslui, alt centru de activitate ştiinţifică medicală

în Moldova; — cu relevarea activităţii revistei noastre în cei 20 ani dela apariţie şi urări de propăşire pentru cari mulţumim; — şi cu apelul ce-l face D-l D-r Aurelian Vasilescu către autori români de a trimite pe adresa D-sale, în Str. „Veniamin Costache No. 4 Bârlad, lucrările ce au publicat în cursul anului 1947, pentru a le trece în Volumul în pregătire „Publicaţiile medicale româneşti în anul 1947", lucrare care va apare pentru fie-care an.

M. C.

* * *

IAŞI

A reapărut Le Bulletin de la Société Roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie care în numărul prezent, al cărui sumar redăm, cuprinde comnicările făcute în anii 1945—1946, cu ajutorul Ministerului Instrucţiei publice şi al M-terului Sănătăţii:

Prof. D-r Al. Moruzi et D-r V. Urbanovici: Sindrome de claudication intermitente cu liaison avec une spina bifida occulta. — D-r P. Brânzei: Considerations sur un cas de sclérose latérale amyotrophique à longue durée, accompagnée d'un syndrome douloureux. — Conf. M. Briese et D-r Eugenie Ionescu-Nubert: Un cas d'hallucinose. — Prof. D-r I. Ballif et D-r B. Pollingher: Considération cliniques et anatomo-pathologiques sur un cas de tuberculome bulbaire gauche. — D-r S. Blumenfeld et D-r B. Pollingher: Goitre basedowifié aux poussées confusionnelles transitoires. — D-r B. Pollingher, D-r S. Blumenfeld et M. Stăniceanu: Sur un cas de myélite terminale post-infectieuse. Localisation des troubles dans le domaine du plexus sacré. — D-r M. Wassermann et D-r F. Brânzei: Considérations sur les troubles psychomoteurs dans l'asphyxie lente. — D-r B. Pollingher et D-r S. Blumenfeld: Pseudosclérose latérale, amyotrophique syphilitique ou syphilis nerveuse associée à la maladie de Charcot? — D-r S. Blumenfeld et D-r B. Pollingher: Hémiplégie droite d'origine typhique. — Prof. D-r Al. Moruzi, Conf. M. Briese, D-r N. Oblu et D-r G. Briese: Tumeur intra-rachidienne extra-durale à grosses destructions osseuses. — Prof. D-r L. Ballif et D-r B. Pollingher: Spasme de torsion unilatéral d'origine infectieuse. — Prof. D-r L. Ballif, D-r N. Constantinescu et D-r M. Chelărescu: Sur la récurrentothérapie et l'immunité dans la fiévre récurrente. — Prof. D-r L. Ballif et D-r M. Wassermann: Etude comparée de l'hémogramme et du myelogramme dans la pellagre aiguë avec manifestations cutanées.

In cadrul cronicei medicale a revistei noastre prezentăm cuprinsul cu esenţa comunicării D-lor D-ri M. Wassermann şi P. Brânzei: Considérations sur les troubles psychomoteurs dans l'asphyxie lente, pentru apropierea de celelalte aspecte ale Medicinei hitleriste, pe cari le-am remarcat în cronica numărului precedent.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Corespondenţă

In legătură cu articolul d-lor D-r V. Munteanu şi D-r Marcel Ionescu: **Kist hidatic primitiv al cordului**, apărut în Acta Medica Romana, la pag. 284, unde se citează că în România s'au publicat 4 cazuri de kiste hidatice cardiace, am de adăugat că şi subsemnatul în colaborare cu D-rii Fizi V. şi Popescu I. C-tin, am publicat în Revista Sanitară Militară din Bucureşti, No. 8, August, 1938, un caz deosebit de interesant şi bine studiat, ilustrat cu două reproduceri fotografice, tot descoperire de autopsie, sub titlul: **Consideraţiuni asupra unui caz de kist hidatic primitiv al cordului, complicat cu echinococoza secundară locală a pericardului** (moarte subită), p. 636—643.

Este păcat că autorii români nu urmăresc în scop bibliografic şi Revista Sanitară Militară, în care, mai ales în perioada 1925—1940, s'au publicat numeroase articole interesante şi valoroase.

General D-r N. Igna
Alba-Iulia

* * *

Cu privire la articolul **Tularemia** de d-l Medic Veterinar Rădulescu-Calafat, publicat în Nr. 3—4/1947, D-l Profesor Emil Crăciun, Directorul „Inst. D-r V. Babeş" din Bucureşti, ne scrie:

1. Trimiţând în ţară câteva note despre „Al 79-lea Congres al Asoc. Medicale Americane", Note ce au apărut în „România Medicală" No. 8 şi 10 din 1925, pomeneam de această boală nouă.

2. In aceiaşi revistă din 15 Mai 1943, pag. 137, am publicat „Câteva date asupra Tularemiei".

3. Un detaliu semnificativ: In anul precedent, vreo 12 echipe germane au căutat cu toate mijloacele şi minuţiozitate ciuma, şi n'au găsit decât tularemia, în bazinul Doneţ, căci formele pulmonare de Tularemie, care e foarte rar mortală, seamănă cu ciuma pulmonară; iar adenopatia necrotică (regională) e la fel în tularemie ca şi în ciumă. De aci, deci, o importanţă practică evidentă pentru epidemiologi, porturi, etc.

Prof. D-r Em. Crăciun
Bucureşti

* * *

D-l D-r G. Bungeţianu, bursier la Institutul C. Forlanini din Roma, atrage atenţia asupra unor greşeli de redactare cari s'au strecurat în articolul D-sale **„Viaţa Culturală şi Ştiinţifică în Italia"**, publicat în Nr. 3—4/1947.

La pag. 326, în loc de „la Universitatea din Roma au fost înscrişi anul acesta 180.000 studenţi", trebue citit „la Universităţile din Italia...". Iar în loc de „dintre cari numai la Facultatea de Medicină sunt peste 30.000...", trebue citit „dintre cari numai la Universitatea din Roma...".

G. Bungetianu
Roma, Iunie 1947

www.Central University Library.ro

CRONICA MEDICALĂ

(Urmare din pag. 344)

navului (cu stagiu) în Sem. II ai anului II. Este cea mai strălucită confirmare a vederilor noastre.

O materie de Introducere în Medicină — care se bazează pe Biologie, se înşiră pe firul Istoric al Medicinei şi conduce pe student dela Sănătate la Boală (dela individul sănătos la individul bolnav — primul, ultimul şi unicul său obiectiv), iniţiându-l din timp în măsurile Igienei de conservare a sănătăţii şi de prevenire a boalei, precum şi obişnuindu-l din vreme cu primele îngrijiri de dat bolnavului — a asemenea materie nu poate constitui decât o disciplină fundamentală, obligatorie pentru învăţământ în primii 2 ani ai unei Facultăţi de Medicină.

Vom împinge astfel pe primul plan discipline socotite secundare şi neglijate, cari stau la baza medicinei. Vom apropia şi lega cursuri cari pot merge împreună, făcând operă de sinteză şi de economie (de timp şi bani). Vom face o educaţie mai complectă şi solidă studentului, aruncând punţi peste diferite discipline şi lărgindu-i orizontul. Il vom apropia cu un moment mai de vreme de bolnav, de spital (marea sa şcoală), punându-l în situaţie de a anticipa asupra misiunei sale.

Ne oprim la primii 2 ani, pe care îi va organiza anul acesta Facultatea de medicină din Craiova. Supunem aceste vederi Consiliului profesoral provizoriu care va hotărî numărul şi felul catedrelor. Pentru importanţa şi varietatea noţiunilor medicale şi chirurgicale, biologice şi istorice de introducere în medicină, acestei Catedre va trebui să i se prevadă şi o Conferinţă. Se va face operă de sinteză biologică şi biopolitică, precum şi de concentrare de discipline fundamentale şi complimentare, de cel mai mare folos pentru formarea unui medic. Incercarea va servi şi ca model pentru celelalte facultăţi.

*

Intr'o cronică viitoare vom continua cu expunerea celorlalte materii ale primilor 2 ani şi ale anilor următori, dupe ce vom fi prezentat învăţământul medical din Franţa dupe modelul Facultăţii de medicină din Paris.

„TRENUL MORŢII"

29 Iunie 1941, Iaşi

In Buletinul Soc. R. de Neurologie, Psichiatrie, Psichologie şi Endocrinologie, Anii XXVI şiXXVII, din 1945 şi 1946, D-nii D-ri M. Wassermann şi C. Brânzei fac **„Consideraţiuni asupra turburărilor psicho-motoare în asfixia lentă"**, pe cari unul din autori le-a încercat împreună cu un grup de indivizi îmbarcaţi în dimineaţa zilei de 29 Iunie 1941, la Iaşi, cu destinaţie necunoscută. In acest **„tren al morţii"** s'a desfăşurat **experienţa cu auto-observaţie**, care a durat 10 ore, pe o distanţă de 18 km., dela Iaşi până la Podul Iloaiei, trenul mergând cu o viteză de 1800 m., pe oră.

In seara din 27 Iunie 1941, au fost strânşi la Prefectura Poliţiei din Iaşi, câteva mii de evrei, sub un pretext oarecare, în speţă sub acela de crimă

contra siguranței statului prin acte de spionaj și de semnalizare în favoarea aviației inamice.

Tensiunea psicho-afectivă, cauzată de **neliniște,** a ajuns la maximum a doua zi, la 28 Iunie, ora 13, printr'un tir de arme bine susținut, urmat de strigăte și horcăituri de răniți și muribunzi, deslănțuit în curtea Prefecturei, valurile de oameni refugiindu-se în subsolul clădirii și îngrămădindu-se unii peste alții ca sardelele în cutie.

La 29 Iunie, către ora 2 dim., un ofițer german veni să anunțe că va începe ancheta și nevinovații vor fi liberați; isbucniră strigăte de „trăiască Hitler, trăiască armata germană". La ziuă oamenii fură porniți la gară; culcați cu fața la pământ, fură împărțiți în loturi de câte 100 inși și îmbarcați în vagoane de cai. Intr'un vagon cu 4 ferestre zăbrelite, de capacitate pentru 30—40 persoane, a fost urcat într'un lot, și unul dintre autorii de față; mai târziu au fost introduși încă 30—40 inși. De abia se mișcau. S'au simțit fericiți la început, pentrucă se văzură liberi între ei, scăpați de santinele. Oamenii erau serviabili; medicul ajutat să dea asistență celor suferinzi; cei cari începură să simtă lipsa de aer, au fost lăsați lângă ferestre; de căldură toți bărbați și femei își scoaseră hainele. Când din vagonul alăturat, cu ferestrele înfundate, isbucniră strigăte că se asfixiază, **agitația câștigă toată lumea.**

Apare o stare de neliniște, cu **senzație de sufocație** ca într'o bae cu aer. **Setea de aer** îi precipită unii peste alții spre ferestre, sau spre crăpăturile din podea sau pereți. **Setea de apă** devine înspăimântătoare, unii își beau urina. Prea puțini rămân liniștiți în vagon, nemișcați pe loc, 2 dintre aceștia au supraviețuit. **Iluziuni delirante** își fac apariția: unul conduce cu antren un joc de poker, cu Boby și Bob, câinii lui favoriți; doctorul însuși este o bancă, care nu exista la celălalt cap al vagonului și, odată ajuns cu trudă lângă ea, cere să i se facă loc; alții zăresc la 200 metri de fereasră, o fabrică de limonadă, și hotărăsc cu toții să cumpere la început 10, apoi 50, 100, 500 sticle; **sugestie la masă.** Se împrietenesc cu toții; cântă în cor, celebrând rituri religioase; se îmbrățișează; se consolează; se mângâe; în timp ce picioarele li se înmoaie ca vata și cad unii peste alții, asfixându-se lent. In auto-observație, cel în cauză dintre autori notează că atipea, se deștepta, își pălmuia **fața și atipea din nou; trăgea** cu urechea la jocul de poker imaginar de lângă el; a luat parte la sugestia în masă cu fabrica de limonadă. La **agitația afectivo-motrice** a succedat o **agitație psicho-motrice,** cei agățați de zăbrelele ferestrelor cereau apă în numele umanității și al creștinătății, vorbeau de asistență în numele Crucii Roșii și țineau discursuri incoerente, în cari aduceau omagiul lor lui Hitler, salvatorul umanității. Intr'un **delir în 2,** petrecut în alt vagon, un alt medic notează că împreună cu un amic au văzut în mijlocul vagonului o fântână, spre care se târîră pe sub cadavre până când adormiră.

Cei ajunși în viață la Podul Iloaiei, scoborîți din vagoane merseră tăcuți, cu membrele grele, cu capul pe piept gol de orice sentiment. Turburările psichice dispărură repede, în timp de o lună. N'au rămas psichoze definitive.

Ci, numai amintirea. Veșnică, indelebilă.

Se poate spune că încercarea care, dupe autori, n'a avut nici scuza unei experiențe, — căci n'au luat parte la ea supraveghetori cari, printr'o ferestrue atenantă sau înarmați cu botniță de oxigen

© Cluj University Library Cluj

pe faţă, să fi fost puşi în situaţia de a relata obiectiv semnele observate pe animalele, în speţă oameni, de experienţă — a avut un succes deplin. Din vagonul, cu ferestrele zăbrelite, în care se afla unul dintre autori, dintre cele 130 persoane îmbarcate la Iaşi n'au scoborât la Podul Iloaiei decât 30, restul continuând să rămână în vagon; din vagonul vecin, cu ferestrele astupate cu scânduri bătute cu cue, — din care încă după 1 oră dela începutul călătoriei isbucniseră strigăte disperate de „deschideţi, ne asfixiem" însoţite de isbiri repetate de pumni şi picioare în pereţi — n'a scoborât decât o persoană; din celelalte vagoane n'a scoborât nimeni. Autorii nu spun dacă cei rămaşi în vagoane sucombaseră, unii numai adormiseră, aţipiseră sau n'au avut puterea să scoboare. Nici cum au decurs mai departe evenimentele. Incât din acest punct de vedere relatarea nu este completă. Dar, scriu autorii, dupe consultarea materialului documentar descoperit în câmpurile de concentrare naziste dela Dachau, Buchenwald, Auschwitz ş. a. mai mici — în cari asemenea experienţe au fost conduse de către profesori specializaţi sau numai de simpli supraveghetori S. S., cu toată rigoarea tecnică ştiinţifică cerută de bogăţia materialului utilizat şi de amploarea rezultatelor scontate — precum şi dupe cercetarea în cărţile de specialitate a mecanismului de producere al asfixiei acute şi lente pe animale, pe strangulaţi şi pe sinucigaşii cu mangan, aceste experimentari n'au adus nimic nou, şi profitabil, pentru cunoştinţele medicale şi pentru ştiinţă.

In cazul observaţiilor noastre, în care nici scuza experienţei n'a existat, s'a demonstrat mai mult ca niciodată că naziştii au încercat o întoarcere la tenebre, închee autorii lugubrele lor observaţii cu auto-observaţie.

— O reîntoarcere la tenebre, la animalitatea primitivă, cu intredevorare. Nici măcar cu scuza canibalismului sau sadismului.

O desconsiderare complectă a omului, în masă.

Fără participare românească. Noi am dat numai trenul, comanda a fost a altora. Incât această experienţă nu poate fi imputată neamului nostru şi nici trecută în analele ştiinţei ca o experienţă românească. Rămâne o experienţă medicală nazistă în epoca hitleristă.

* *

COMPETINŢA DE BOLNAV

In Tableta de Duminecă, „Literatura medicală", publicată în ziarul „Adevărul" din 8 Iulie a. c., D-l Tudor Arghezi, marele poet şi scriitor, se ocupă de revista noastră.

Pentru frumuseţea şi parfumul înţepător ce exală; pentru Omagiul ce aduce geniilor oltenesti (este vorba de geniile cromosomice, transmise); pentru bunele păreri ce exprimă pentru revista noastră şi directorul ei, deşi sub rezerva declarată a lipsei întru câtva de obiectivism prin „simpatie nevăzută" de origine oltenească (rezervă care ne-a adus totuşi multe telefoane de felicitări şi ne-a crescut reputaţia în urbea noastră) — vom reproduce partea care ne priveşte:

La Craiova, d-l D-r M. Cânciulescu scoate o revistă **„Acta Medica Romana“**, pe care Bucureştii culturali, ştiinţifici şi de artă nu s'au învrednicit să o aibă.

Dacă nu eşti medic, tot nu-ţi lipseşte în schimb pentru plăcerea răsfoirii numerelor succesive, apărute până acum, o competinţă: aceea de bolnav. Un an de pat şi de experimente medicale pe nefericita-ţi piele, argăsită în toxicele farmacopeii şi ale codexului oficial, riscă să te înveţe aproape tot atâta medicină cât 5 ani de facultate cu sila.

Am primit vizita necunoscutului până atunci Doctor Cânciulescu, acum vreo doi ani, în grădină. Avea un titlu la simpatia mea nevăzută: era Oltean. Sunt fără voia mea nitel regionalist şi înclinările mi le-a mai întărâtat şi sporul monstruos al elementului oltenesc în viaţa citadină. Incă de acum vreo 30 şi ceva de ani, taică-meu transplantat din Gorj în Argeş, se văeta Duminică, la Piteşti, în piaţa Brătianu, înconjurat de mese, de cafele şi de Olteni chiaburi: „Mulţi mai sântărăm!“

Până la un timp, Oltenii s'au bucurat de reputaţia unor iscusiţi precupeţi, ceea ce făcea pe o distinsă doamnă franceză să confunde noţiunile, socotind că „Les precoupess“ erau o naţionalitate deosebită, vorbind evident şi o limbă deosebită: „Parlez-vous le precoupess?“ Când s'a trezit în ei Gorjul, Oltul, Vâlcea, Doljul, Romanaţi şi Mehedinţi şi s'au dus juveţii la carte, a fost o invazie devastatoare. Magistraţi, medici, ingineri, soldaţi, scriitori au introdus în profesii ceea ce era mai ales şi mai viu în sufletul de precupeţ şi au distanţat numaidecât pe colegi.

In medicină, fiindcă e vorba de ea, Oltenii au dat somităţi şi cercetători eminenţi. Recunosc că părerile mele la răsfoirea publicaţiei d-lui D-r M. Cânciulescu, nu sunt în totul lipsite de parţialitate şi supuse celui mai pur obiectivism. Intr'un text, care nu-şi face un ideal din obscuritate şi limbă păsărească şi în care se simte limpezimea şi ordinea spirituală a Directorului ei, cartea lunară a d-lui D-r M. Cânciulescu poate fi citită cu mult folos instructiv şi informativ de către orice public cu o educaţie generală mijlocie, rămânând foarte utilă omului de bibliotecă şi de birou.

Mulţumim cu recunoştinţă D-lui Arghezi. L'am răsplătit dinainte cu aceiaşi simpatie. Oltenii se caută şi fac roată, chiar când n'au nevoe de cobiliţa altuia. Dar se bagă sub a celui mai mare, când îl recunosc. Cobiliţa polemică a D-lui Arghezi îi onorează şi îi bucură, parcă ar da ei loviturile. Şi le primesc cu rezemnare (numai cu o înjurătură printre dinţi), chiar când în învălmăşeală le cad şi lor pe spinare, precum medicilor în „Seringa“. Tac, dar ţi-o coc, cu o piedică când pot să o pună. Simpatia oltenilor este spontană, dar din străfunduri uneori interesată. Precum a noastră faţă de condeiul D-lui Arghezi.

L'am vizitat pe D-l Arghezi într'o amiază foarte călduroasă din toamna anului 1945. Fără să mă cheme D-sa. Incât, nu în calitate de medic sau de director al revistei acesteia. Pe urmă am aflat, şi nu dela D-sa, că a fost bolnav şi cât de bolnav a fost. Suferinţa a mai mare n'a venit dela boală, ci dela medici. Deabia a scăpat din mâna lor. Noroc că a scăpat tot prin unul dintre ei. De aci operaţia la care îi supune în „Seringa“. Cu toată idiosincrazia ce a căpătat D-sa faţă de medici, dacă aşi fi ştiut tot m-aşi

fi riscat, prin cealaltă simpatie, „simpatia la vedere", ce încearcă Olteanul pentru marfa de care are nevoe. Mă duceam să solicit D-lui Arghezi colaborarea activă şi patronajul literar la o „Revistă a Olteniei culturale" de Literatură — Ştiinţă — Artă critică, de care viitoarea Universitate a Olteniei avea să aibă nevoe. Am tras de îndată primele beneficii; am plecat fără coada culturală a Olteniei pe care D-l Arghezi i-a retezat-o pe loc, punându-i în loc „Note care put dar plac". N'am mai dat de atunci pe la D-sa. Primul număr din revistă pe care i l-am trimis, No. 8—10/946, a fost acela în care peste un an ne îndreptam. „Spre o Mitropolie şi Universitate a Olteniei", şi se apropia sorocul revistei. Apoi No. 1—2/947 cu înfiinţarea „Universităţii din Craiova", în care anunţam pentru prima oară apariţia, tot sper apropiată, a unei „Reviste a Olteniei, în care să se oglindească spiritul Critic universitar al nouei Instituţiuni". *). In urmă, şi numărul următor, în care trebuind să iau o atitudine faţă de „Seringa" şi să nu supăr nici pe D-l Arghezi nici pe D-l Irimescu, exprimam un punct de vedere care cred că este just. Am trimis acest număr D-lui Arghezi, nu doamne fereşte în semn de provocare, dar din obligaţie acum. Voi trimite de acum înainte toate numerile, pentru-că D-sa pe lângă plăcerea şi „competinţa de bolnav" cu care le răsfoeşte, mai dovedeşte o altă competinţă, a nespecialistului, care chiar când greşeşte greşala lui nu riscă să devină sinistră ca a specialistului.

Ca să ajung la acest fel de Competinţă medicală, **Competinţa de bolnav**, am făcut acest lung şi fastidios preambul care amână desvoltarea subiectului pentru o cronică viitoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

VARIA

Un **Institut de medici rurali**, care să funcţioneze la Sinaia, iar cursurile ar fi gratuite, aflăm din „Semnalul" dela 4 Iulie a. c. că preconizează D-l D-r Dan Berceanu, în esenţă astfel: numărul de locuri ar fi de 120; — anii de studii 3; — vor fi admişi numai bacalaureaţi, în împrejurările de faţă şi Ofiţeri deblocaţi până la gradul de maior; — disciplinele de învăţat ar fi cam aceleaşi dela facultăţile de medicină, predându-se numai strictul necesar şi practicul; în plus un curs elementar de mecanică şi conducere de automobil. Cursurile practice vor avea loc în Spitalul Eforiei din Sinaia şi în Spitalul Asigurărilor Sociale din Azuga. Studenţii remarcaţi vor putea fi primiţi în Anul III al fac. de medicină. Vor avea dreptul de practică numai în mediul rural. Ii va salariza populaţia prin contribuţie, având dreptul la îngrijire gratuită; locuinţa, rechiziţionată; mijloacele de transport, gratuite; o auto-sanitară la nevoe; un aparat de radio îi va ţine la curent cu mişcarea ştiinţifică Universitară

*) Pentru primul număr, D-l Arghezi şi fixase articolul; D-l Prof. Stoilov, înainte de a pleca la Paris în calitate de reprezentant al ţării noastre, mi-a trimis pe al D-sale; ca şi D-na Manya Kasterska, distinsa literată de la Nouvelles littéraires şi soţie a D-lui Prof. Sergescu, Rectorul Politecnicii din Bucureşti, alt Sorbonian de origine oltenească, ca şi D-l Prof. Stoilov, fost Rector al Universităţii din Bucureşti.

prin cronici bilunare. Facultatea ar funcţiona în localul Cazinoului din Sinaia: Căminul Institutului va fi instalat în hotelul Caraiman. — Acest Institut Medico-Rural, frumos imaginat, ar avea numai avantajul de a pune în circulaţie în timp mai scurt medici la fel de nepregătiţi ca cei pe cari facultăţile noastre de medicină îi varsă mai pe îndelete. Debitul anual prea limitat; atâtea particularisme şi subiectivisme în organizare şi funcţionare; un produs hibrid, nici agent sanitar nici medic ca lumea; o simplificare de structură a învăţământului universitar adăogată la superficializarea de instruire şi atâtea alte considerente pledează în contra acestei şcoale de medicină redusă, rezervată mediului rural considerat drept rezervoriul biologic al neamului. Desconsiderarea se va întoarce la rându-i în contra noului tip de medic rural.

*

Obligativitatea stagiului medicilor la sate se amână, deocamdată, pentru motive budgetare. M-terul Sănătăţii nu a putut angaja de cât **41 din cei 100 petiţionari**, proaspeţi absolvenţi cari nu cereau decât dreptul de a fi obligaţi, aşa cum cerea legea. Ceilalţi ar fi fost rugaţi să solicite posturile vacante în mod benevol şi onorific. D-l Miron B. Rucăr face socoteala salarizării celor 61 medici neangajaţi; lunar însumează 152 mil., anual 1850 milioane lei. Şi trage concluzia că la un budget de sute de mii de miliarde fondurile necesare angajării medicilor de circumscripţie rurală trebue găsite.

— Altfel, nici înfiinţarea de nuoi facultăţi de medicină nu are rost.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Falşificarea medicamentelor, crimă contra colectivităţii a fost socotită de către M-terul Sănătăţii care a cerut, prin adresă, M-terului Justiţiei să legifereze noul delict. In acest scop s'a întocmit un proect de lege referitor la **complectarea corpului de inspectori farmaceutici** cu elementele necesare, proect care va fi prezentat în actuală sesiune a Parlamentului. Vor fi 6 inspectori generali farmaceutici centrali şi câte un inspector general farmaceutic regional, ajutat de un farmacist. Prin măsurile, de luat, şi sancţiunile, de aplicat, se va putea pune ordine în sectorul Sănătăţii publice.

— In viitor. Ce facem în prezent? Farmaciile, prin care se debitează în largă măsură drogurile falşificate, nu pot interveni până atunci?

M. C.