R.P.R. Biblioteca Universității din Cluj

Vol. XXI

Fondată în 1928

ACTA MEDICA ROMANA

REVISTĂ LUNARĂ DE
MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE GENERALĂ

ANUL XXI
No. 5-6
Mai-Iunie 1948

COMITETE DE REDACȚIE REGIONALE
IN CENTRELE UNIVERSITARE

Timișoara: Prof. ANA ASLAN, Prof. N. BLATT, Prof Ș. BRĂTIANU.
Tg.-Mureș: Prof. D. MORITZ, Prof. V. SĂBĂDEANU.

DIRECTOR și REDACTOR
RESPONSABIL
Doc. D-r M. CÂNCIULESCU

BCU Cluj / Central University Library Cluj

COLABORATORI

LA No. 1—2, 3—4 și 5—6/1948

O. Adameșteanu—Tg. Jiu
I. Aldeșiu—Arad
Eug. Alexandrescu—Bacău
I. Albu—Ploești
O. Antonescu—Cluj
C. Andreoiu—Abrud
A. Andrian—Brașov
I. Anghel—București
Prof. E. Apostoleanu—Buc.
St. Balica—Craiova
A. Bălan—Iași
L. Bejan—Sebeș
E. Bologa—Brașov
E. Bârzu—Arad
Prof. N. Blatt—București
A. Bojița—Sebeș
Oct. Borcoman—Sibiu
Gh. Borș—București
M. Buzescu—București
G. Bungețianu—București
N. Bumbăcescu—Cluj
F. Buteanu—T. Severin
M. Cânciulescu, Doc. univ.
A. Cârstea—București
Gh. Constantinescu—R. Vâlce
Ev. Constantinide—Galați
P. Copăceanu—Craiova
T. Costache—Cluj
Prof. E. Crăciun—Buc.
A. Cristea—București
I. Crăciun—Marila
T. Dancaneț—Sibiu
Mircea Dabija—Caracal
Prof. L. Daniello—Cluj
A. Dobrescu—Craiova
I. Dumitrescu-Popovici—Buc.
I. Feneșanu—Orșova
P. Firescu—Craiova
Al. Floareș—Galați
C. Fogaș—Petroșani
Șt. Fotin—București
V. Golli—Oravița
V. Galan—Predeal
I. Găină—Slatina
I. Giurcuțiu—Arad
I. Gologan—București
Prof. V. Gomoiu—București
Il. Haralambie—Tg. Jiu.
R. Himelbrand—Iași
G. Hodoși—Cluj
A. Huttmann—Brașov
N. Igna—Alba Iulia
V. Ilian—Cluj
Prof. N. Ioanid—București
N. Ionescu—Caracal
O. Ioanițoaia—Brașov
Șt. Irimescu—București
O. Ivancenco—Bisericani
T. Kirileanu—Moroeni
M. Lindenbaum—București

ROMANI R.P.R. Biblioteca Universității din Cluj

I. Lupaşcu—Bucureşti
C. Lupulescu—Ilfov
T. Mladin—Arad
O. Magda—Cluj
Conf. St. Milcu—Bucureşti
D. Milota—Tg. Mureş
C. Mircioiu—Cluj
M. Mogoş—Craiova
V. Motelică—Craiova
Prof. D. Moritz—Tg. Mureş
Gh. Munteanu—Galaţi
V. Munteanu—Bucureşti
M. Mustăciosu—R. Vâlcea
T. Muţiu—Sibiu
I. Niţescu—Moroeni
Gh. Panaitescu—Bucureşti
C. şi D. Pană—Filiaşi
P. Paul—Sebeş
V. Plătăreanu—Buc.
A. Păunescu-Podeanu—Buc.
R. Pop—Sibiu
I. Popp—Braşov
I. Popescu—Craiova
Il. Popescu—Tg.Jiu
El. Pretorian—Craiova
N. Psegalinschi—Oraviţa
A. Puşcariu—Tg.Jiu
I. Rosenştein—Craiova
P. Roibaşu—Petroşani
Oct. Rusu—Cluj
C. Sârbu—Sibiu
T. Sârbu—Buzău
Er. Schelker—Petroşani
A. Stere—Constanţa
Tr. Stoicoiu—Oradea
Conf. State Drăgănescu—Buc.
Conf. C. Stanca—Cluj
A. Şaim—Bucureşti
I. Temeliescu—Bucureşti
O. Teodoraşcu—Galaţi
Th. Theodoreanu—Bucureşti
Prof. Gh. Tudoranu—Iaşi
Gh. Vâja—Dobriţa
E. Viciu—Bucureşti
N. Vintilescu—Bucureşti
Prof. I. Zamfirescu—Buc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lucrări originale

PERFORAȚIILE TARDIVE DUPĂ OLEOTORACE

de

Prof. D-r L. DANIELLO și **D-r N. BUMBĂCESCU**

Oleotoracele, preconizat de Bernou în 1922, a fost introdus în clinica noastră încă din anul 1926 și aplicat pe o scară destul de largă, așa că în anul 1931 am putut relata împreună cu Alexandrov, în Revue dela tuberculose (12, 1171. (1931), rezultatele obținute în 46 de cazuri tratate cu acest procedeu. De atunci încoace indicațiile oleotoracelui au fost radical revizuite, el menținându-se actualmente aproape numai cu titlul de oleotorace antisimfizar, în pneumotorace cu tendință la simfiză pleurală progresivă, survenită de regulă în faza de rezorbție a unui exudat. Pentru a împiedeca progresarea acestei simfize și a menține colapsul, blocajul cu ulei al pleurei se utilizează în mod curent cu bun rezultat și probabil că metoda va rămâne sub această formă o achiziție definitivă în tratamentul tuberculozei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dela 1931 încoace, noi am mai instituit încă 48 de oleotorace antisimfizare, așa că statistica noastră globală cuprinde actualmente 94 cazuri în interval de 20 ani.

In publicația de față nu dorim să reexaminăm în ansamblu rezultatele oleotoracelui, problema fiind larg desbătută în publicațiile de specialitate din ultimul timp, ci **vrem să atragem atenția asupra unor complicații tardive ale metodei**, înregistrate la o serie de bolnavi ținuți lungă vreme în observație și pe care încă nu le-am găsit semnalate în literatură. Este vorba despre **perforații pleurale**, interne — pleurobronșice — și externe — pleuroparietale — survenite la bolnavi cu leziuni bacilare stabilizate, sau chiar vindecate, purtători ai unor oleotorace vechi de 3 până la 15 ani. Aceste perforații sunt datorite altor cauze decât celor invocate pentru explicarea perforațiilor precoce, semnalate într'o proporție variabilă de toți autorii — 14% în statistica lui Julien Marie din 1929, pe 50 cazuri, 4,3% în statistica noastră

Lucrare din Clinica Ftiziologică a Facultății de Medicină din Cluj Director: Prof. D-r L. Daniello.

din 1931, pe 46 cazuri. In afară de aceasta, toate perforațiile precoce relatate până în prezent au fost exclusiv pleurobronșice, pe câtă vreme printre perforațiile tardive noi am observat și perforații pleuroparietale. In fine, cunoașterea acestor complicații tardive ale oleotoracelui are și o reală valoare practică, fiindcă producerea lor poate fi prevenită prin anumite măsuri luate din timp, salvându-se în acest fel de multe ori viața bolnavului, sau evitându-i-se acestuia o suferință îndelungată.

Din totalul de 94 oleotorace instituite între 1926 și 1946, am înregistrat 10 cazuri de perforații tardive, adică survenite după cel puțin 3 ani dela introducerea uleiului. Frecvența acestei complicații trebuie însă s'o raportăm numai la cazurile instituite până în anul 1943 inclusiv, care sunt în număr de 85, ceeace corespunde unui procent de 11,7%. Rezultă deci, că perforațiile tardive ale oleotoracelui se întâlnesc destul de des și semnificația lor clinică fiind de cele mai multe ori foarte serioasă, ele nu pot fi nicidecum neglijate. Numărul cazurilor noastre este destul de mare pentru a putea descrie simptomatologia și modalitățile evolutive ale acestor perforații, a le cunoaște prognosticul, precum și valoarea diferitelor încercări terapeutice întreprinse. Observațiile noastre ne mai permit să mai adăogăm un factor nou la patogenia acestei complicații, în afară de cei invocați pentru a explica perforațiile precoce.

Inainte de-a analiza toate aceste aspecte ale problemei, dăm mai întâiu rezumatul celor 10 observații ale noastre.

Observ. 1-a. — L. E., învățătoare, 31 ani. Se internează în clinică în cursul anului 1924, pentru o tuberculoză fibrocazeoasă dreaptă, cu expectorație baciliferă. I se institue un pneumotorace terapeutic. In anul 1926 — la 18 luni dela începerea colapsoterapiei — apare o pleurezie pneumotoracică serofibrinoasă, urmată de o simfiză pleurală ascendentă progresivă. Spre a menține colapsul, se institue un oleotorace antisimfizar și compresiv, cu 900 cc. ulei de olive gomenolat 4%. După blocaj, leziunile pulmonare se stabilizează, semnele clinice de activitate dispar și **timp de 10 ani, bolnava nu mai are acuze subiective** și își vede normal de ocupațiuni. In 1936, începe să se simtă obosită, pierde puțin în greutate, apoi are o subfebrilitate însoțită de tusă cu expectorație mucoasă, cu gust de gomenol. La câteva zile, cu ocazia unui acces de tusă, expectorează aproximativ 80—100 cc. ulei tulbure, amestecat cu un exudat pleural purulent.

La 10 N-brie 1936, se reinternează în clinică cu oleopiopneumotorace drept și fistulă pleurobronșică. Leziunile pulmonare nu prezintă semne de activitate. Prin puncții pleurale repetate se extrage uleiul și după câteva săptămâni, fistula se închide, bolnava rămânând cu empiem cu floră piogenă mixtă, fără bacilii **Koch**, care se tratează cu spălături pleurale. In curs de câteva luni, exudatul pleural se îngroașe tot mai mult și se evacuiază greu. Pe clișeele radiografice în serie se constată că în pleură se formează o serie de corpi fibrinoși. Pentru a lichefia exudatul, care întreține temperatura și o stare generală alterată, se încearcă spălături cu pepsină, cu rezultat nefavorabil, căci în urma lor fistula pleurobronșică se redeschide și bolnava face intermitent mici vomici pleurale, însoțite de despnee. Părăsește clinica cu această stare și ulterior am fost informați că a sucombat la domiciliu.

Observ. 2-a. — T. A., casnică, 35 ani. In 1926, i se institue pneumotorace terapeutic stâng, pentru leziuni fibrocazeoase cavitare ale lobului superior. La un an şi jumătate face o pleurezie serofibrinoasă, urmată de o simfiză progresivă a cavităţii pleurale, care se blochează cu 800 cc. ulei de olive gomenolat 4%. **Timp de 10 ani, starea bolnavei se menţine satisfăcătoare.** In Sept. 1937, bolnava observă că îi apare în regiunea submamelonară stângă o tumefacţie, dureroasă la presiune, care se măreşte destul de rapid, atingând dimensiunile unui ou de gâscă. Apoi tegumentul dela nivelul ei se roşeşte şi în câteva zile perforează, producându-se o fistulă externă, din care se scurge un puroiu uleios. Concomitent, bolnava începe să tuşească, să aibe ascensiuni febrile şi să piardă în greutate.

Cu aceste simptome se internează în clinică în Oct. 1937, unde I se constată un oleopiopneumotorace stâng parţial, precum şi leziuni sclerocalcare în plămânul de aceiaşi parte. Nu are bacili **Koch** în spută. Pentru a se confirma legătura fistulei externe cu pleura, se injectează lipiodol în cavitate şi acesta se elimină înafară, desenând pe clişeul radiografic un traect sinuos, care trece şi prin mamela stângă.

Deşi restul uleiului din pleură se extrage prin puncţii şi se fac spălături, totuşi se produce o infecţie secundară a cavităţii pleurale, starea generală a bolnavei declină rapid şi peste câteva săptămâni sucombă, în urma unei hemoptizii fudroiante.

Observ. 3-a. — J. A., casnică, 50 ani. In anul 1928, se internează într'un sanator din Elveţia, unde i se institue un pneumotorace stâng, pentru o tuberculoză fibrocazeoasă cavitară. In 1929, face o pleurezie pneumotoracică

BCU Cluj / Central University Library Cluj

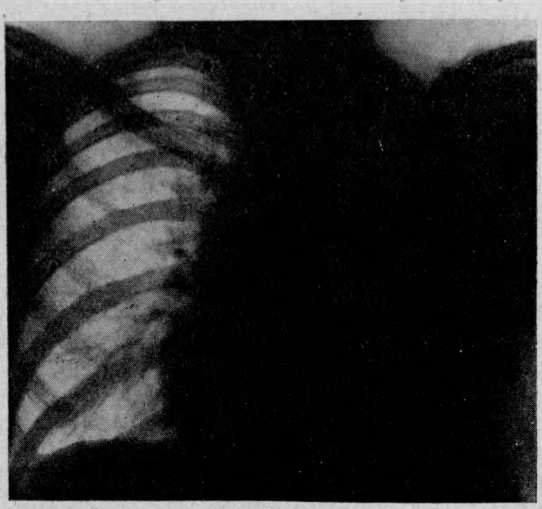


Fig. 1

cu simfiză pleurală consecutivă şi i se institue — tot în Elveţia — un oleotorace, introducându-i-se 1000 cc. ulei de olive gomenolat 4%. Leziunea pulmonară se vindecă, bacilii din spută dispar şi bolnava părăseşte sanatorul

într'o stare excelentă, care se menţine timp de 14 ani. In 1934, face o pneumonie lobară gravă în dreapta, dar leziunile ei bacilare nu se reactivează.

In Oct. 1943, începe să obosească, să aibă mici ascensiuni febrilă, senzaţie de opresiune în hemitoracele stâng şi tuse seacă. La 8 Dec. 1943, se internează în clinica noastră cu o uşoară retracţiune a hemitoracelui stâng, care este mat pe toată întinderea, respiraţia fiind mult diminuată, iar radiologic atât de intens şi omogen opac, încât pe clişeu nu se disting nici coastele (Fig. 1). Mediastinul şi inima sunt considerabil deplasate spre dreapta. Examenul repetat al sputei pentru bacilii **Koch** este negativ, plămânul drept în bună stare. Se încearcă mai multe puncţii pleurale în scop de a evacua uleiul, dar de fiecare dată nu se pot extrage decât câţiva centimetri cubi dintr'un fel de pastă gălbuie, foarte vâscoasă. La examenul bacteriologic al acesteia nu se pune nimic în evidenţă, iar la cel etiologic, câteva detritusuri celulare. O încercare de a dilua conţinutul cavităţii pleurale prin ulei de olive cald, nu reuşeşte. După două săptămâni, bolnava are un acces de tusă şi expectorează aproximativ 100 cc. de spută, având acelaşi caracter ca şi lichidul păstos evacuat din pleură. Dela această dată, bolnava continuă să aibă mici vomici pleurale, febra se urcă până la 39^0, tuse se însoţeşte de dispnee intensă, iar starea generală se alterează rapid. Deşi conţinutul pleural se evacuiază fracţionat prin fistula pleurobronşică, bolnava nu are nicio senzaţie de uşurare, dimpotrivă, dispneea şi opresiunea toracică devin mai intense, inima este şi mai deplasată spre dreapta, pulsul foarte accelerat, filiform şi uneori aritmic. Pe la începutul lui Ianuarie 1944, apare o tumefiere a peretelui toracic în regiunea axilară externă, la nivelul coastelor 5—6, care peste câteva zile devine fluctuentă. Pentru ca să nu se producă o perforaţie externă, ne decidem — cu toată starea extrem de gravă a bolnavei — pentru o pleurocostotomie, care se execută în anestezie locală, la 11 Ian. 1944.. După deschiderea pleurei — care este foarte îngroşată — se evacuează aproximativ 3—4000 cc. ulei alterat şi îngroşat, amestecat cu un exudat pleural mai fluid. Cu această ocazie se recoltează o parte din ulei pentru un examen biochimic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Timp de 3 săptămâni, starea bolnavei se menţine gravă. Pleura se infectează secundar, iar exudatul care se scurge abundent prin tubul de dren, devine fetid, In afară de acest exudat, se elimină zilnic din pleură un fel de cruste formate din ulei saponificat.

Incepând din Febr., starea bolnavei se ameliorează, febra scade, secreţia pleurală devine mai lichidă şi mai puţin fetidă, bolnava se alimentează, câştigă în greutate şi poate fi controlată radiologic. Se constată că, cavitatea pleurală este formată din două pungi comunicante, despărţite printr'o bandă largă de ţesut pulmonar, simfizat de peretele lateral toracic. (Fig. 2). Drenajul continuă să se facă în bune condiţiuni, mediastinul îşi reia poziţia normală, plămânul drept este în bună stare şi nici în stânga nu se constată semne de leziuni active. Plaga operatorie are tendinţă la vindecare, menţinându-se numai un mic orificiu pentru dren, fistula pleurobronşică se închide şi dispneea a dispărut. Totul indică o evoluţie favorabilă, când la 15 Martie intervine o criză hepatică (bolnava a avut înainte cu mulţi ani semne de litiază biliară), care nu cedează la tratament şi trece în scurtă vreme, într'o insuficienţă hepatică gravă. Cu această stare părăseşte clinica la 28 Apr. 1944, şi sucombă la domiciliu, după câteva zile.

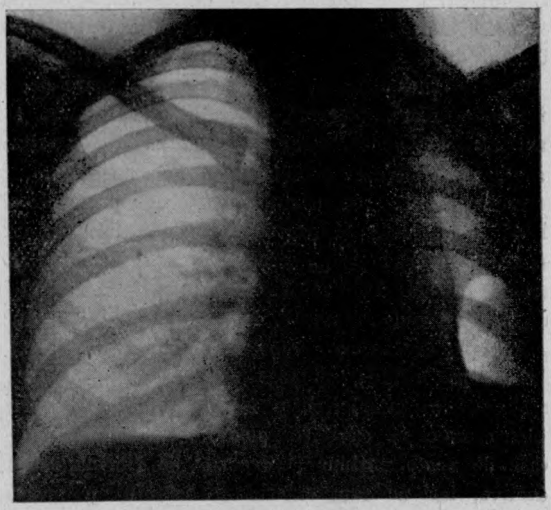


Fig. 2

Observ. 4-a. — H. V., 43 ani, casnică. In 1928, este internată în clinică pentru o tuberculoză fibrocazeoasă cavitară stângă, cu bacili în spută. I se institue pneumotorace terapeutic, care peste câteva luni se complică cu pleurezie serofibrinoasă, urmată de simfiză pleurală. Se face un blocaj cu 700 cc. ulei de olive gomenolat 5%. După acest tratament, starea generală şi pulmonară se ameliorează foarte mult şi bolnava **îşi poate vedea de ocupaţiile casnice timp de 12 ani.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In primăvara anului 1941, se simte mai obosită, are mici subfebrilităţi, tuşeşte şi expectorează, pierde în greutate. In spută reapar bacili. La examenul pulmonar se constată semne de activitate din partea leziunilor fibroase discrete, pe care bolnava le avea în dreapta, în stânga leziunile fiind stabilizate. Urmează o cură de repaus, dar cu toate acestea, leziunile din dreapta evoluiază, în August constatându-se două focare de ramolisment. In partea stângă nicio modificare.

In N-brie 1941, după un acces de tusă, bolnava simte gust de gomenol, iar în zilele următoare expectorează puroiu amestecat cu mult ulei. Nu s'au făcut puncţii evacuatoare. La examenul radiologic se constată prezenţa unui mic piopneumotorace în stânga. Cu tot tratamentul urmat, starea generală a bolnavei se agravează rapid şi ea sucombă la câteva săptămâni după instalarea fistulei pleurobronşice, sfârşitul fiind datorit în primul rând evoluţiei leziunilor din dreapta.

Observ. 5-a. — T. I., funcţionar, 30 ani. In 1928, este internat în clinică cu o tuberculoză fibrocazeoasă dreaptă, cu cavernă în lobul superior şi expectoraţie baciliferă. I se institue pneumotorace artificial. După 2 ani de tratament, face o pleurezie serofibrinoasă, urmată de simfiză pleurală progresivă, pentru împiedecarea căreia se recurge la un oleotorace antisimfizar, introducându-se 700 cc. ulei de olive gomenolat 5%. In urma acestui tratament, starea generală se ameliorează considerabil, semnele de activitate

bacilară dispar şi după 2 ani bolnavul îşi reia ocupaţiile. In toamna anului 1935, face mici ascensiuni febrile, însoţite de tusă şi expectoraţie abundentă. La câteva săptămâni după aceea, sputa are gust de gomenol, iar într'una din zile după un acces de tusă elimină o cantitate mai mare de ulei. Urmează apoi ascensiuni febrile mari, pierdere în greutate, alterarea stării generale şi creşterea cantităţii de spută, care continuă să fie amestecată cu ulei. Pentru aceste acuze se internează în Clinică în Februarie 1936.

La examenul obiectiv se constată un oleopiopneumotorace drept, cu nivel de lichid de o lăţime de 4 degete şi leziuni organizate fibros în parenchimul pulmonar. La puncţia pleurală se extrage un lichid, care are aceleaşi caractere ca şi cel pe care îl expectorează. Examenul bacteriologic, pune în evidenţă o floră piogenă mixtă, fără bacili **Koch** în exudatul pleural, sau în spută. Puncţii evacuatoare repetate, urmate de spălături pleurale. Pentrucă fistula nu se închide, se face o pleuroscopie cu scopul de a se pune în evidenţă orificiul fistulei şi a încerca o închidere prin cauterizare. La examenul pleuroscopic al cavităţii pleurale se constată o pleură foarte îngroşată, cu vase de neoformaţiune şi depozite de fibrină, secreţie purulentă în porţiunile declive, iar pe faţa externă a bonţului pulmonar se pune în evidenţă un orificiu de grosimea unui creion, despărţit la mijloc printr'un sept, care îi dă înfăţişarea unei guri de ţeavă de puşcă. Perforaţia se făcuse deci la nivelul unei bifurcaţii bronşice şi era prea mare pentru a putea fi închisă prin cauterizare sau nitratare. Pentru închiderea cavităţii pleurale şi a fistulei pleurobronşice, s'a pus indicaţia unei toracoplastii. Executată în clinica chirurgicală, n'a dus la rezultatul dorit, când bolnavul a sucombat în urma unor complicaţii postoperatorii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Observ. 6-a. — D. M., învăţătoare, de 27 ani. Se internează în clinică în 1938, cu o tuberculoză fibrocazeoasă cavitară dreaptă, unde i se institue un pneumotorace terapeutic, care se complică după 2 ani, cu pleurezie serofibrinoasă urmată de simfiză pleurală. In Ian. 1940, i se face blocajul cavităţii pleurale cu 500 cc. ulei gomenolat 5%.

Se simte bine până în Martie 1943, când face mici ascensiuni febrile, iar peste câteva zile, elimină în cursul unui acces de tusă o cantitate de aproximativ 100—150 cc. ulei cu gust de gomenol. Ulterior nu mai are expectoraţie uleioasă.

La 18 Aprilie 1943, se internează totuşi în clinică pentru control. Starea generală este bună, acuze subiective lipseau, la analiza sputei nu se găsesc bacili **Koch**. La examenul pulmonar se constată în regiunile apicală şi subapicală din dreapta, o pungă de ulei bine delimitată spre câmpul pulmonar, fără bulă de gaz, precum şi o simfiză pleurală bazală şi o discretă scleroză perihilară. Nu se găsesc semne de tuberculoză activă. După ce se evacuiază prin puncţie 200 cc. ulei, părăseşte clinica. Recontrolată la sfârşitul anului 1945, n'are nicio acuză subiectivă, iar pulmonar — afară de o îngroşare pleurală în regiunile apicală şi subapicală din dreapta, cu simfiză pleurală de aceiaşi parte — nu prezintă nimic patologic.

Observ. 7-a. — D. G., casnică, de 26 ani. In 1931, i se constată leziuni infiltrative în lobul superior drept, cu expectoraţie baciliferă. I se institue un pneumotorace terapeutic, pe care îl întreţine 3 ani. Timp de alţi 2 ani, starea ei se menţine bună, apoi procesul pulmonar se reactivează necesitând o reinstituire a pneumotoracelui, care reuşeşte în bune condiţiuni.

Peste 5 luni face o pleurezie serofibrinoasă de scurtă durată, care în perioada de rezorbţie are tendinţă la simfiză pleurală. Pentru a menţine colapsul, i se practică la sfârşitul anului 1936, un oleotorace cu 500 cc. ulei de olive gomenolat 5%. (Fig. 3). După acest tratament combinat cu o lungă cură de repaus, starea generală se reface, iar leziunile pulmonare se stabilizează şi bolnava îşi reia ocupaţiile casnice. In anul 1941, se căsătoreşte.

Fig. 3

In Iunie 1943, începe să tuşească şi observă că expectoraţia are gust de gomenol. La câteva zile, după un acces de tusă mai puternic, expectorează o cantitate de aproximativ 100 cc. ulei. La 24 Iunie 1943, se

BCU Cluj / Central University Library Cluj

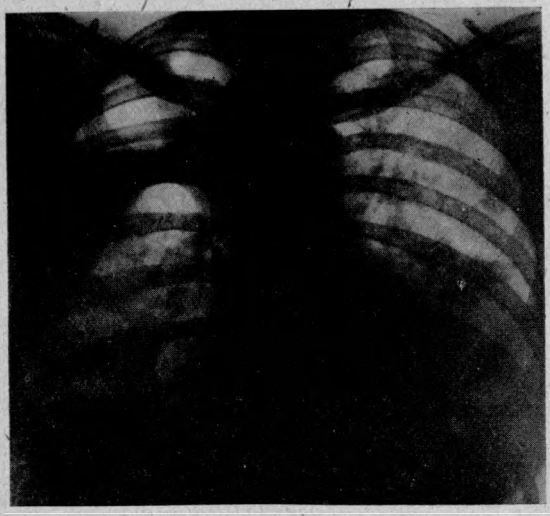


Fig 4

internează în clinică, cu starea generală relativ bună şi graviditate în luna a treia. La examenul obiectiv i se constată un oleopiopneumotorace **închistat**

în dreapta, în regiunile apicală şi subapicală. In restul lobului superior drept se găsesc leziuni cu caracter fibros, iar pleura bazală este simfizată. In regiunea perihilară stângă, leziuni infiltrative cu caracter exudativ recent, iar în spută bacili acidorezistenţi. (Fig. 4). Bolnava este subfebrilă şi continuă să expectoreze o spută purulentă cu gust de gomenol.

In faţa acestei situaţii se procedează mai întâiu la întreruperea medicală a sarcinei, intervenţie care este bine suportată de bolnavă. Apoi se evacuiază pleura de resturile colecţiei piooleoginoase şi se fac spălături pleurale. Acestea sunt totdeauna urmate de violente accese de tusă, fiindcă lichidul dezinfectant pătrunde prin fistula pleurobronşică în arborele respirator, declanşând un puternic reflex tusigen. Din acest motiv se renunţă la spălături şi se introduce în cavitatea pleurală în mai multe rânduri, substanţele care favorizează simfizarea foiţelor pleurale, în speţă clauden şi mici cantităţi de tinctură de iod. In urma acestui tratament, fistula pleurobronşică se închide, cavitatea pleurală se micşorează considerabil, iar leziunile din plămânul stâng regresează şi ele foarte mult. Cu această stare părăseşte clinica în Februarie 1944. Recontrolată în August 1946, starea pulmonară se găseşte foarte bună, iar cavitatea pleurală reziduală din dreapta dispărută în urma unei simfizări totale.

Observ. 8-a. — G. S., casnică, de 31 ani. In 1931, i se constată leziuni infiltrative în lobii superiori, care sunt tratate conservativ. In 1935, apare o cavernă în stânga, pentru care i se institue un pneumotorace. Colapsul este incomplect şi după un an se complică de pleurezie exudativă, după care cavitatea pleurală are tendinţa de a diminua progresiv. In 1936, i se face un blocaj cu 560 cc. uleî de olive gomenolat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In 1941, are o stare febrilă nelămurită, care durează câteva luni, până când în August îi apare un icter. Acesta se vindecă în câteva săptămâni, febra cedează, iar din partea leziunilor pulmonare nu se constată niciun semn de activitate.

In N-brie 1942, se simte mai obosită, are mici ascensiuni termice şi expectorează o spută mucopurulentă, cu gust de gomenol. Examinată, nu se constată nicio modificare în starea leziunilor pulmonare. Bacilii **Koch** în spută, negativ. In Ianuarie 1943, expectorează din nou o spută amestecată cu puţin ulei, motiv pentru care se internează în clinică. La examenul obiectiv se constată că starea generală este foarte bună, temperatura subfebrilă, expectoraţia mucopurulentă fără bacili Koch. Examenul pulmonar arată o uşoară retracţiune a hemitoracelui stâng, radiologic el este neomogen umbrit în partea superioară şi externă. In dreapta, desenul pulmonar mult accentuat în regiunea intercleidohilară.

Se fac mai multe încercări de evacuare, dar nu se pot extrage de fiecare dată decât câţiva centimetri cubi de ulei tulbure, îngroşat. Părăseşte clinica în Martie 1943 şi până în prezent n'a mai expectorat nimic, iar starea generală se menţine bună.

Observ. 9-a. — I. I., funcţionar, 30 ani. Este văzut pentru întâia oară de noi în August 1935, având o tuberculoză fibrocazeoasă cavitară a lobului superior stâng, cu expectoraţie baciliferă. Se institue un pneumotorace terapeutic, colapsul rămâne incomplect, iar în Dec. 1935, se complică cu o pleurezie exudativă, după care apare o tendinţă la simfiză. In Jan. 1936, se face

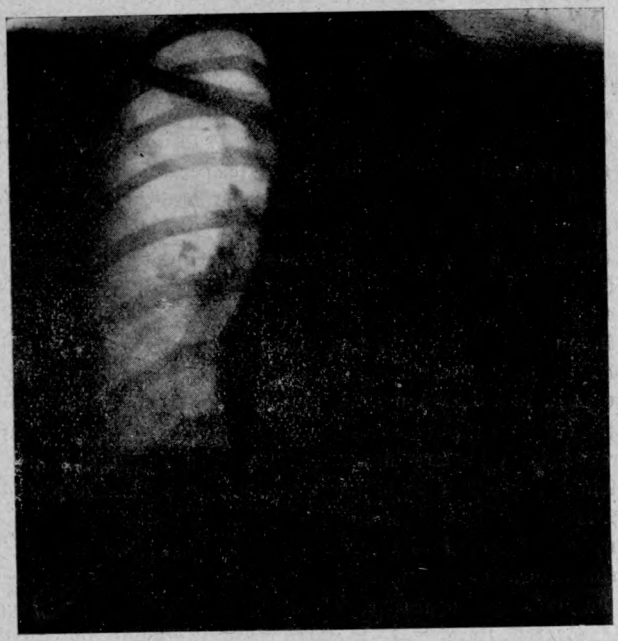


Fig. 5

BCU Cluj / Central University Library Cluj

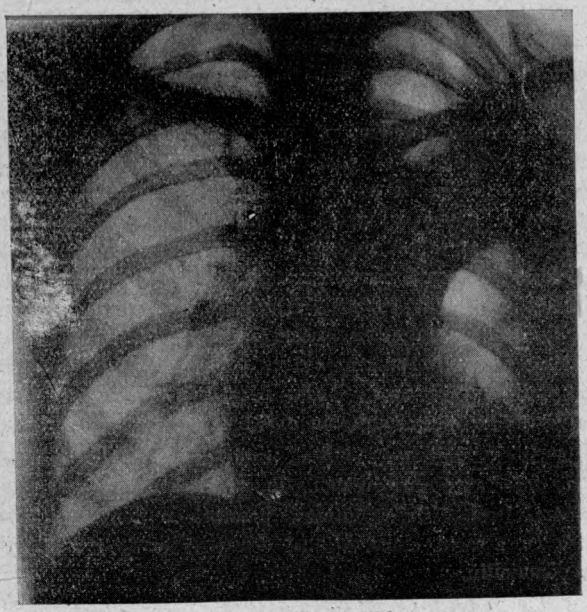


Fig. 6

blocajul cavităţii pleurale cu 500 cc. ulei gomenolat 5%. După acest tratament combinat cu o cură de repaos, starea generală şi pulmonară a bolnavului se ameliorează considerabil. Bacilii din spută dispar şi începând din 1939, pacientul îşi vede în mod normal de ocupaţiuni. In Ian. 1942, fără niciun alt simptom premergător, face un acces de tusă şi expectorează o cantitate moderată de ulei (aproximativ 50 cc.). In zilele următoare, aceste expectoraţii se repetă, tusa devine frecventă, temperatura începe să se ridice treptat, iar bolnavul se simte din ce în ce mai obosit. (Fig. 5).

In Martie 1942, se internează în clinică, având starea generală relativ satisfăcătoare, febră până la 38°, tusă cu expectoraţie mucopurulentă, abundentă, fără bacili Koch. La examenul plămânului se constată un pio-oleopneumotorace închistat la baza stângă. In rest pleura este simfizată, iar în plămân nu se găseau decât leziuni organizate fibros. (Fig. 6).

Se încearcă întâi evacuări pleurale, urmate de spălături. In puroiul din pleură se pune în evidenţă o floră piogenă mixtă, dar nu se găsesc bacili acidorezistenţi. Nu se obţine un rezultat terapeutic mai remarcabil, căci fistula pleurobronşică este larg deschisă. Se pune deci indicaţia unei toracoplastii, cu dublul scop de a se obţine atât închiderea fistulei pleurobronşice, cât şi obliterarea cavităţii pleurale reziduale. Operaţia este executată în clinica chirurgicală de către d-l Prof. D-r Al. Pop. Deşi se extirpă ultimele 6 coaste inferioare pe o largă întindere în doi timpi, rezultatul intervenţiei nu este pe deplin satisfăcător, căci bolnavul rămâne cu o mică cavitate pleurală în formă de fanţă paravertebrală, din care elimină tot prin vechea fistulă internă, mici cantităţi de secreţie purulentă. Părăseşte clinica cu o stare generală bună.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Observ. 10. — I. M., 42 ani, casnică. In 1930, tuberculoză pulmonară fibrocazeoasă a lobului superior stâng, cu expectoraţie baciliferă, care este tratată cu pneumotorace artificial. După un an face o pleurezie pneumotoracică, cu tendinţă ulterioară la simfiză. I se blochează pleura cu 800 cc. ulei de olive gomenolat 5%.

Leziunile pulmonare se vindecă clinicește, bacilii dispar din spută şi starea generală şi pulmonară se menţine bune până în Ianuarie 1943, când bolnava observă că pe faţa externă a peretelui toracic stâng, înspre bază şi mai mult anterior, îi apare o tumefacţie care creşte progresiv. Medicul care o vede se gândeşte la un abecs rece. Peste câteva săptămâni, tumefacţia care între timp devenise fluctuentă, perforează prin tegument, din ea scurgându-se un lichid purulent amestecat cu ulei. Alarmată de această situaţie, bolnava se prezintă la un control la clinica noastră, unde i se constată un oleopiopneumotorace stâng mare. In puroiul extras prin puncţie, se pune în evidenţă o floră piogenă mixtă, fără bacili Koch. Aceştia nu se găsesc nici în spută, iar din partea leziunilor pulmonare, nu există semne de activitate.

Prin puncţii repetate se videazâ complect cavitatea pleurală şi se fac spălături desinfectante cu rivanol. In urma acestora, secreţia pleurală diminuă considerabil şi fistula internă prezintă o tendinţă la închidere. Părăseşte clinica cu această stare. Din informaţii recente rezultă, că bolnava a sucombat la domiciliu.

Analiza celor 10 observaţii rezumate mai sus, ne permite să facem următoarele constatări, cu privire la perforaţiile tardive din oleotorace:

Frecvenţa acestei complicaţii.

In oleotoracele vechi (între 3 şi 15 ani) survin drept complicaţii tardive, perforaţii pleurale interne şi externe, într'o proporţie de 11,7%.

Cele mai frecvente sunt perforaţiile interne, reprezentând o proporţie de 9,4% faţă de totalul cazurilor de oleotorace, sau 80% din totalul perforaţiilor tardive, pe câtă vreme cele externe se întâlnesc numai în 2,3%, adecă reprezintă numai 20% din totalul perforaţiilor observate de noi. In unul din cazuri, după ce s'a produs mai întâiu o perforaţie internă, prin care însă nu s'a putut evacua uleiul, acesta fiind foarte îngroşat, a apărut şi o tumefacţie fluctuentă a peretelui toracic, indicând iminenţa unei perforaţii externe, care a fost însă prevenită printr'o pleurotostomie. (Obs. nr. 3).

Simptomatologia şi evoluţia perforaţiilor tardive.

Perforaţiile interne tardive pot fi ca şi cele precoce, de două feluri:

fisuri discrete, care dau naştere unei expectoraţii pasagere de spută uleioasă, sau unei mici vomici de ulei, după care fisura se închide spontan (Obs. nr. 8 şi 8) şi:

perforaţii largi, cu caracter de fistulă pleurobronşică permanentă. (Obs. nr. 1,3,4,5,7 şi 9). Perforaţiile largi sunt deci incomparabil mai frecvente şi în acelaş timp, semnificaţia lor clinică este mai gravă şi simptomatologia mai alarmată, decât în cele discrete.

In fisurile discrete, starea generală a bolnavului aproape că nu este alterată, totul rezumându-se la tusă cu expectoraţie de aspect picoleaginos, sau de ulei pur, evacuat sub formă de vomici, care survin în plină sănătate aparentă şi numai excepţional după o scurtă perioadă de indispoziţie, în cursul căreia bolnavul se simte mai obosit, tuşeşte puţin, sau are mici subfebrilităţi.

In perforaţiile largi, înainte de a se produce accidentul, bolnavul semnalează de regulă o senzaţie de opresiune toracică, însoţită uneori de expectoraţie mucopurulentă, cu gust de gomenol. In aceste perforaţii, evacuarea uleiului deşi nu se face sub formă de vomică masivă, ca în cele precoce, probabil fiindcă uleiul saponificat şi îngroşat, nu poate fi evacuat dintr'odată în cantitate mai mare, ea se însoţeşte totdeauna de tusă chinuitoare, dispnee destul de pronunţată şi — aproape totdeauna — de alterarea stării generale şi ascensiuni febrile. Infecţiile secundare ale pleurei sunt frecvente şi duc invariabil la o agravare a tabloului clinic.

Fisurile discrete se închid de regulă spontan, sau după evacuarea uleiului, cele largi nu pot fi închise decât excepţional prin evacuarea pleurei, urmată de spălături sau injecţii de substanţe simfizante. (Obs. nr. 3 şi 7) şi necesită o toracoplastie, iar dacă această serioasă intervenţie nu se poate practica din cauza stării generale nesatisfăcătoare a bonavului, ori din cauza existenţei unor leziuni evolutive ale plămânului controlateral, duc la un sfârşit fatal.

Prognosticul fisurilor discrete poate fi deci considerat relativ benign, pe câtă vreme cel al perforaţiilor largi este totdeauna serios şi de multe ori sombru.

Perforaţiile externe, adevărate oleoempieme de necesitate, evo-

Digitized by Google Original from Universitätsbibliothek Wien

lucează cu o simptomatologie diferită. Cu câteva săptămâni înainte de a se produce perforația, bolnavul se plânge de senzație de presiune în hemitoracele blocat cu ulei, are tusă iritativă seacă și uneori mici ascensiuni febrile. Aceste simptome nu trebuiesc însă atribuite unei reactivări a procesului bacilar, ci denotă probabil o hipertensiune pleurală, datorită unei exudațiuni iritative, ce se produce înainte de perforație. Peste scurtă vreme începe apoi să apară într'o regiune din partea inferioară a toracelui o bombare localizată a peretelui, care crește treptat, până ce se formează sub tegument o colecție fluctuentă, care la un moment dat perforează înafară, dând naștere unei fistule din care se scurge un puroiu uleios. Inainte de perforație, aceste colecții parietale pot fi considerate abcese reci, plecate dela o carie costală, cum a fost cazul în Obs. nr. 10.

Evacuarea cavității pleurale prin fistula externă nu se face brusc, cantitatea secreției scurse zilnic rămânând moderată. Deși traectul fistulei poate fi lung și sinuos, iar orificiul extern mic, o infecție secundară a pleurei cu piogeni se poate produce și aceasta agravează considerabil situația, determinând ascensiuni febrile și ducând la un declin al stării generale.

Dacă uleiul din pleură poate fi evacuat prin puncții, sau dacă infecția secundară poate fi cu succes combătută prin spălături pleurale dezinfectante, o închidere spontană a fistulei externe este posibilă și prognosticul poate fi bun. Dacă suntem însă nevoiți să recurgem la o pleurocostotomie, el devine mai rezervat.

Patogenia perforațiilor tardive.

Digitized by Central University Library Cluj

In baza observațiilor noastre și a unor analize biochimice a uleiului din oleotoracele vechi, putem afirma că mecanismul de producere al perforațiilor tardive este cu totul altul decât al celor precoce. Perforațiile care se produc după un interval relativ scurt dela instituirea oleotoracelui (noi înglobăm aci cazuri până la 3 ani), sunt datorite — după părerea tuturor autorilor — în primul rând procesului tuberculos evolutiv, care invadând regiunii apropiate de pleură, sau chiar straturile acestei membrane seroase, favorizează perforația prin necrozarea țesuturilor. In cazurile de oleotorace compresiv, cum se practica pe vremuri, presiunea pozitivă mare a uleiului încă poate constitui un factor favorizant al perforației, forțând rezistența anumitor țesuturi slabe, sau a pereților unor caverne subpleurale.

In perforațiile tardive se pare că cel dintâiu dintre acești factori nu joacă nici un rol, fiindcă în toate cazurile noastre, leziunile pulmonare pentru care se institue colapsoterapia, erau de mult stabilizate, ba se poate chiar spune, clinicește vindecate. Oleotoracele a fost bine suportat în primii 3 ani, deci în perioada de activitate a leziunilor pulmonare și de cele mai multe ori încă mulți ani după aceea, pentruca perforația să survină tardiv, fără să fie precedată de reactivarea procesului bacilar din plămânul colabat.

Noi credem că aceste perforații se datoresc unor cauze endopleurale. Cea dintâiu și în acelaș timp cea mai însemnată este acțiunea iritantă a uleiului descompus asupra pleurei. Această iritație poate declanșa la rândul ei o exudație pleurală, care mărește presiunea din cavitate și constitue un alt factor favorizant al perforației.

Se știe mai dedemult, că uleiul de olive introdus în pleură poate să se saponifice cu timpul, dar n'au fost încă descrise complicații datorite acestui proces. Asertiunea lui Julien Marie, care scrie în monografia sa asupra oleotoracelui, că n'a observat niciodată perforații pleurale la bolnavi cu leziuni stabilizate și apiretici, este deci infirmată prin constatările noastre. Este adevărat că niciuna dintre cele 50 de observații analizate de acest autor, nu era mai veche de 3 ani, în momentul apariției lucrării sale.

Deasemenea se știe, că uleiul de parafină poate da naștere uneori la veritabile parafinome. Dat fiindcă noi nu l-am utilizat niciodată, nu ne vom ocupa aci de ele. Vom insista însă asupra alterațiunilor suferite de uleiul de olive, constatate de noi în mai multe cazuri, fiindcă socotim că ele constituesc factorul patogenic al perforațiilor tardive.

Această alterare a uleiului poate fi constatată și prin simpla inspecție, căci uleiul care în mod normal este fluid, are o culoare galbenă deschisă și este complet limpede, în oleotoracele vechi și mai ales în cele perforate, se prezintă mai mult sau mai puțin tulbure, floconos, sau amestecat cu puroiu. Fluiditatea uleiului este deasemenea modificată, în sensul că este aproape totdeauna diminuată, uneori atât de mult, încât uleiul este transformat într'un fel de pastă vâscoasă. (Obs. nr. 3). Indicațiuni mult mai interesante, în privința alterațiunilor suferite de ulei în oleotoracele vechi, putem însă obține prin analiza biochimică a acestuia. Aceste analize au fost executate în Institutul de Chimie biologică a D-lui Prof. D-r I. Manta, căruia îi aducem mulțumirile noastre și pe această cale.

Biblioteca Centrală Universitară "Lucian Blaga" Cluj

Iată rezultatul acestor analize:

1. Eșantion de ulei de olive gomenolat 5%, extras din pleură după 12 ani dela introducere (Observ. Nr. 3). Aspect uleios, culoare galbenă verzuie, cu foarte puțin sediment, în care nu se găsesc decât rare celule și nuclei alterați, precum și o masă amorfă.

Aciditatea totală: 8 gr.

Indicele iodului: 122,35.

2. Eșantion de ulei gomenolat 5%, extras din pleură după 4 ani, dela un caz fără perforație. Aspect tulbure, culoare galbenă citrină, cu sediment abundent, în care nu se găsesc decât rare resturi de celule distruse și o masă amorfă.

Aciditatea totală: 14 gr.

Indicele iodului: 55,24.

3. Eșantion de ulei de olive gomenolat 5%, extras din pleură după 4 ani dela introducere. Aspect uleios, limpede, culoare galbenă, cu foarte puțin sediment.

Aciditate totală: 0. pH. 6,3.

Indicele iodului: 1,96.

4. Eșantion de ulei de olive gomenolat 5%, extras din pleură după 9 ani dela introducere, dela un caz fără perforație. Aspect uleios limpede, culoare galbenă ceva mai deschisă, cu foarte puțin sediment.

Aciditate totală: 0,60 g. pH. 6,00.

Indicele iodului: 27,8.

Rezultă din aceste analize, că în toate cele 4 eşantioane de ulei examinate, acesta prezintă alterațiuni chimice mai mult sau mai puțin însemnate. In 3 din ele uleiul prezintă o aciditate pronunțată, pe câ.ă vreme în mod normal acest ulei trebue să aibă o reacțiune neutră. In toate 4 cazurile, indice e iodu.ui este considerabil modificat (pentru uleiul de olive gomenolat steril, ar trebui să fie în mod normal 95,97), ceeace înseamnă că în cursul saponificării uleiului se produc procese de saturare a legăturilor duble, sau chiar ruperi de molecu.e. Aceste alterațiuni care survin probabil în urma acțiunii fermenților organici din țesuturile pleurale, fac ca uleiul să devină iritant pentru pleură și să dea naștere unor exudații secundare, sau poate chiar unor produse inflamatorii, care favorizează perforația.

Dat fiind că perforațiile tardive s'au produs numai în 11,7 % a cazurilor și având în vedere, că alterațiunile chimice constatate în ulejuri.e vechi pot fi de intensitate variată, este probabil că transformarea uleiului nu este în funcție de timpul cât a stat în pleură, ci și de starea țesuturilor pleurale cu care a venit în contact și poate și de alți factori. Asupra acestei laturi a problemei nu se știe nimic precis și numai un mare număr de analize, contruntate cu datele anatomoclinice ale cazurilor, ar putea să aducă oarecari lămuriri. Până în prezent am avut o singură dată ocazia să facem o asemenea confruntare, (Obs. nr. 3), unde în cursul pleurocostotomiei, am observat o pleură groasă de aproximativ 1,5 cm. cu aspect slăninos și de consistență foarte dură. Pe suprafața ei se vedeau din loc în loc, mici noduli de culoare mai gălbuie.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Tratamentul perforaji.or tardive.

Fie că este vorba de perforație internă sau externă, de îndată ce eă se produce, bolnavul alarmat se prezintă la medic, în toate cazurile impunându-se un tratament de urgență.

Cea dintâiu măsură care trebuie încercată este **evacuarea uleiului din pleură.** Vidarea pleurei prin puncții repetate nu este totdeauna posibilă, chiar dacă ne servim de o canulă de un calibru mai mare, fiindcă uleiul îngroșat și saponificat nu poate fi aspirat în siringă decât cu mare greutate și în cantități neînsemnate. In unele cazuri de acest fel, am încercat să diluăm uleiul vechiu, injectând în pleură mici cantități de ulei de olive cald și am reușit astfel să evacuăm fracționat toată pleura. Cu ocazia acestor puncții evacuatoare trebuie să ținem seama și de capacitatea de reexpansiune a plămânului, care în oleotoracele vechi este de regulă foarte limitată. Pe măsură ce scoatem uleiul, trebuie să-l înlocuim cu aer (dacă această înlocuire nu se face spontan prin fistulă), căci altfel bolnavul semnalează o senzație de opresiune toracică, are accese de tusă și poate face și alte tulburări.

Dacă evacuarea prin puncții nu este posibilă, nu ne rămâne altă soluție decât să recurgem la **pleuro**omie, cum s'a întâmplat **în Obs. nr. 3.**

După evacuarea uleiu.ui, fistu.a pleurobronșică se poate închide dela sine, fapt pe care l-am constatat în 3 din cazurile noastre. Intr'un alt caz (Obs. nr. 7) am obținut închiderea fistu'ei numai după ce am injectat în pleură anumite substanțe care favorizează produ-

cerea unei simfize pleurale. Noi ne-am servit în acest scop de clauden şi tinctură de iod. La 2 din bolnavii noştrii, fistula pleurobronşică nu s'a închis însă după evacuarea uleiului, perforaţia fiind largă şi pleura deja infectată secundar. Nici spălăturile pleurale repetate, făcute cu azochloramid, piridiu şi rivanol, n'au dus la rezultatul dorit, aşa că am fost siliţi să recurgem la o toracoplastie executată cu dubla indicaţie, de a suprima cavitatea pleurală reziduală şi a închide fistula pleurobronşică. In unul din cazuri (Obs. nr. 9) operaţia executată în doi timpi a fost bine suportată de bolnav dar n'a dus la închiderea totală a cavităţii pleurale — din aceasta mai persistând o fantă îngustă paravertebrală — şi bineînţeles, nici a fistulei. Totuşi în urma operaţiei, suprafaţa secretantă a pleurei fiind foarte mult redusă, starea bolnavului s'a ameliorat considerabil. El a rămas însă cu o mică cantitate de expectoraţie de origine pleurală, fără bacili Koch. Al doilea caz a sucombat în urma unor complicaţii postoperatorii. (Obs. nr. 5).

Din cele de mai sus rezultă, că tratamentul perforaţiilor tardive trebue adaptat de fiecare dată particularităţilor cazului. Scopul urmărit este: **evacuarea pleurei, închiderea fistulei, combaterea infecţiei secundare, fie prin spălături dezinfectante, fie prin suprimarea cavităţii pleurale reziduale pe cale operatorie.**

Aceleaşi principii terapeutice sunt valabile şi în cazurile de perforaţii externe.

Dacă fisiula s'a închis şi pleura nu s'a infectat, sau infecţia a putut fi cu succes combătută, în locul oleotoracelui se va întreţine un pneumotorace până la completa reexpansiune a plămânului. In cazurile când plămânul este rigid, se produce de regulă un exudat steril, care poate fi lăsat pe loc până se organizează.

Obliterarea cavităţii pleurale, fie spontan, fie în urma unei plastii, se va obţine cu atât mai uşor cu cât această cavitate este mai redusă. De acest fapt trebue ţinut seamă şi cu ocazia stabilirii indicaţiei oleotoracelui, evitându-se pe cât posibil blocaje masive, cu cantităţi mari de ulei.

Prevenirea perforaţiilor tardive.

Cunoaşterea celor cuprinse în publicaţiunea de faţă are o reală însemnătate practică pentru fiziolog şi pentru motivul că permite evitarea complicaţiilor tardive, atât de serioase ale oleotoracelui. In acest scop trebue să adoptăm conduita de a evacua sistematic toate oleotoracele mai vechi de 3 ani şi să nu mai comitem greşala de a lăsa uleiul în pleură, până când se alterează şi devine iritant. De fiecare dată când instituim un oleotorace, pacientul trebue lămurit că dacă nu se prezintă pentru evacuarea uleiului, se expune unor complicaţii grave. Dacă după 3 ani de oleotorace, leziunile pulmonare nu sunt încă perfect stabilizate şi continuarea colapsoterapiei mai este necesară, se va evacua uleiul vechiu, înlocuindu-se cu altul [1].

---

1) Toate cazurile descrise în lucrarea de faţă au fost observate şi tratate înainte de introducerea penicilinei în terapeutica bolilor pulmonare.

Biblioteca Universitatea "Ion Creanga" Iasi

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA INFILTRAŢIILOR SIMPATICULUI CU NOVOCAINĂ

de

D-r Eugenia Alexandrescu

Medic asistent chirurg, spitalul P. A. Cristea—Bacău

In ultimul timp, infiltraţiile simpaticului cu Novocaină, au luat o extindere foarte mare în toate domeniile patologiei. Intr'adevăr, de când Leriche a infiltrat pentru prima dată o entorsă, a deschis calea la largi discuţii care nu s'au închis încă. Cercetările sale, unde clinica şi fiziologia merg mână în mână, au adus lumină în numeroase probleme nerezolvate până acum. Simplul gest de a bloca acţiunea simpaticului pentru a modifica circulaţia într'un ţesut sau organ, face să apară importanţa turburărilor de funcţiune. Trebue să admitem într'adevăr, că în multe sindrome clinice, există două feluri de manifestări: deoparte acelea care reflectă o leziune organică, de alta acelea care n'au substrat anatomic, ci sunt rezultatul unei turburări funcţionale. Există cazuri clare deoparte şi de alta. Există mai ales o infinitate de afecţiuni în care partea funcţională şi partea organică se amestecă, pentru a creia variante infinite.

Numărul maladiilor pur funcţionale este destul de redus; mult mai mare este numărul acelora care au o bază organică şi pentru care turburările funcţionale sunt de aşa mare importanţă, că suprimându-le dispar un mare număr de simptome şi se reduc consecinţele la minimum. Acesta este cazul tuturor traumatismelor, şi a întregii patologii circulatorii şi abdominale.

Traumatismele formează primul mare capitol unde indicaţiile infiltraţiilor anestezice se pun cu precădere.

In primul rând, entorşele sunt vindecate prin infiltraţii cu Novocaină, făcute precoce.

Leriche, consideră entorsele ca o afecţiune vaso-motrice, a cărei cauză rezidă în traumatismul filetelor nervoase foarte numeroase din ligamente. Traumatismul declanşează aici o hiperemie, deci o vaso-dilataţie cu scurgerea sângelui în abundenţă spre periferie. Cum este atunci influenţat acest fenomen prin infiltraţia anestezică care pretinde că blochează simpaticul, care este un vaso-constrictor? Iată un lucru pe care îl vom lămuri îndată:

Fără îndoială că simpaticul este un vaso-constrictor, însă în viaţa ţesuturilor, vaso-constricţia şi vaso-dilataţia se face graţie unui joc foarte complex al substanţelor pe care le numim hormonii simpaticului: adrenalina, cholina şi histamina.

Adrenalina are acelaş efect ca şi simpaticul = vaso-constrictor.

Cholina, vaso-dilatator ca pneumogastricul.

Histamina este mai complicată: ea este hormonul dilatator al capilarelor, este formată în ţesuturi prin desintegrarea albuminelor ţesuturilor. Cantitatea aceasta este mărită brusc printr'o excitaţie a pielei; iori

---

Comunicare făcută la Asociaţia Profesională a medicilor din Bacău în ziua de 4 Dec. 1947

sub influenţa acestui exces de histamină, simpaticul este sediul unui reflex scurt; care nu merge la centru, şi acest reflex, numit reflex de axon, este într'un sens opus acţiunei obişnuite. Simpaticul devine deci în acest caz un vaso-dilatator. Se numeşte funcţiune vaso-dilatatoare antidromică a simpaticului şi este foarte importantă de cunoscut.

Astfel se înţelege uşor pentru ce excitarea filetelor sensitive a unui ligament, declanşează o descărcare de histamină, produce vaso-dilataţie, care excitând simpaticul într'un sens opus, cauzează dezordini circulatorii, care se manifestă prin hiperemie. Această hiperemie odată declanşată, n'are tendinţă să se oprească. Este un cerc vicios care se întreţine şi se exagerează prin el însuşi. La aceasta se adaogă decalcifierea, care va produce mai târziu, turburări persistente. Dacă în mijlocul acestor ţesuturi, aducem puţină Novocaină, care anesteziază terminaţiile nervoase, producerea histaminei este oprită, reflexul simpatic se opreşte, ordinea şi echilibrul se întorc şi odată cu aceasta, vindecarea. Infiltraţia se face cu sol. Novocain $^1/_{200}$, şi dacă este făcută precoce este suficient o singură dată. In cazurile vechi, trebue repetată de 2—3 ori.

Infiltraţiile cu Novocaină dau rezultate bune în toate traumatismele: entorse, hidartroze, fracturi fără deplasare; îşi au mai ales indicaţia, în sequelele traumatismelor vechi, ca: cyanoza, oedeme dureroase, turburări în metabolismul calciului, fie că e în plus, fie că e în minus, în cicatrici dureroase, durerile bonturilor, plăgile nervilor, artralgii şi chiar, în tbc. osoasă incipientă.

Babeş-Bolyai / Central University Library Cluj

Dau mai jos două observaţii unde infiltraţia cu Novocaină a rezolvat favorabil problema tratamentului:

I. obs.: Const. J., 32 ani, lucrător la fabrica Letea, se internează la 20 Oct. 1947 pentru dureri în articulaţia pumnului stâng cu jenă funcţională.

Ant.: fără importanţă.

Istoric: Rănit în 1944 cu o schijă la antebraţul stâng, pretinde că are în prezent o schijă reţinută în articulaţia pumnului stâng, de câtva timp nu mai are putere în mâna stângă şi mai ales nu poate ridica greutăţi.

Examen: Se observă pe antebraţul stâng în $^1/_3$ inf. o cicatrice mică, punct de intrare al schijei. Acuză dureri în articulaţia pumnului, mişcările reduse în amplitudine, uşoară mărire de volum faţă de pumnul drept.

La radiografia făcută în 2 rânduri, nu se observă corp strein articular.

Tratament: In ziua de 25 Oct. îi fac o infilltraţie cu novocaină a stelarului stâng. Bolnavul are imediat o senzaţie de uşurare, senzaţie care persistă, şi a doua zi la vizită, ne spune că a recăpătat puterea în mână şi pentru demonstraţie apucă patul cu mâna stângă şi îl ridică. A 3-a zi se repetă infiltraţia cu novocaină. Pacientul se simte f. bine şi cere să se înapoieze la lucru Părăseşte spitalul în ziua de 31 Oct. 1947.

Obs. II: Gh. T. 46 ani, se internează la secţia chirurgicală la 7 Oct. 1947. pentru dureri în membrul inferior stâng cu impotenţă funcţională.

Ant. pers. A suferit de gonoree şi şancru în 1933 R. Wassermaun fiind pozitivă a făcut tratamentul antisifilitic.

In 1946—47, a făcut în repetate rânduri analiza sângelui şi a fost negativă.

Istoric: Mall. actuală datează dela 15 August a. c., când a simţit dureri în genunchiul stâng. S'a internat în spital la secţia medicală unde i s'au făcut analizele cu rezultat negativ, şi tratament pentru sciatică. Fiind ameliorat părăseşte spitalul. După câtva timp simţindu-se din nou rău este internat la secţia de chirurgie cu diagnosticul de coxalgie.

Examen: Bolnavul merge în cârji. Acuză dureri în artic. coxo-femorală stângă şi mai ales la nivelul trocanterului. La palpare regiunea trocanteriană f. dureroasă, mişcările articulare limitate şi dureroase, atrofie musculară vizibilă la coapsă, Reflexxele uşor exagerate, durere pe trajectul sciaticului. Pullmon şi ap. cardio-vascular, normal. La radiografie se constată: o rarefiere uşoară la nivelul trocanterului stâng.

Tratament: Se institue tratament medicamentos şi repaos timp de câteva zile, fără rezultat. In ziua de 15 Oct. se face o infiltraţie lombară cu novocaină, 20 cm. sol. $^1/_{200}$. A doua zi, bolnavul ne declară că nu mai are dureri şi pentru a demonstra acest lucru se loveşte singur cu pumnul în reg. trocanterului. A 3-a zi, bolnavul se dă jos din pat ca să arate că poate merge fără cârji. După 3 zile i se face o nouă infiltraţie lombară cu novocaină. Starea pacientului se menţine bună. Având în vedere infecţiunea specifică anterioară se începe un tratament cu bismuth, pe care se recomandă să-l continue acasă. Părăseşte spitalul la 31 Oct. mergând fără cârji.

* * *

In afară de traumatisme, turburările circulatorii se bucură din plin de efectele infiltraţiilor simpaticului.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Library Cluj

Arteritele de orice natură sunt influenţate favorabil prin infiltraţiile cu Novocaină. Care este mecanismul?

Obliterarea unei artere nu este o cauză suficientă care să oprească irigaţia teritoriului subjacent. Doi elevi ai lui Leriche, Stricher şi Orban, au făcut experienţe pe câini, suprimând prin operaţie trunchiul arterelor principale la cele 4 membre. Prin arteriografie s'a constatat o desvoltare surprinzătoare a arterelor musculare, acestea fiind suficiente pentru a asigura o irigaţie normală. După câteva săptămâni câinii erau capabili să fugă din nou, ca orice câine normal. Pentru ce la om nu se petrece acelaşi lucru când se obliterează o arteră? Explicaţia este că, obliterarea arterei, oricare ar fi cauza, determină întotdeauna un reflex de vaso-constricţie, în tot teritoriul micilor vase, situate dedesubt.

Contractate, aceste vase, nu lasă să treacă decât o infimă cantitate de sânge şi extremităţile membrelor, devin albe şi reci. Dacă însă scoatem prin operaţie segmentul arterei obliterate, sau infiltrăm cu Novocaină peretele său, suprimăm punctul de plecare al reflexului care comandă vaso-constricţia, pe vasele mici. Liberate, acestea se dilată larg şi sângele năvăleşte în lumenul lor. Din această cauză Stricker şi Orban au putut să facă să trăiască câini fără artere, fiindcă suprimând segmentul arterial, se ridică şi posibilitatea unui reflex vaso-constrictor.

Suprimând vaso-constrictorii din pereţii arterei, se creiază o stare de vaso-dilataţie acută, care permite vaselor mici să aibă un debit mare şi să compenseze astfel blocajul căii principale. Dacă în loc de a ridica segmentul arterial, se face o ligatură, experienţa n'ar reuşi. Ligatura ar putea fi ea însăşi un agent de iritaţie al adventicei, ar lucra ca o

tromboză patologică, şi ar provoca o vaso-constricţie periferică. Astfel: tot ceea ce se opune reflexului vaso-constrictor, plecat din artera bolnavă, va avea un efect favorabil asupra evoluţiei maladiei. Acestea sunt: blocajurile anestezice, suprimarea chirurgicală a vaso-constrictorilor, simpaticectomii, arteriectomii, înfiltraţia lanţului simpaticului.

In afară de factorul periferic, factorii endocrinieni influenţează unele afecţiuni:

Astfel, maladia lui Buerger (trombo-angeita obliterantă) este cauzată de o hipersecreţie a glandelor suprarenale. Suprimând una din suprarenale, s'a putut vindeca această boală. De asemeni, paratiroidele, joacă un rol în tonusul vascular, prin cantitatea de calciu pe care a revarsă în sânge. Suprimând o paratiroidă, Leriche a vindecat turburări circulatorii grave cu sclerodermie şi hipercalcemie.

Tratamentul prin blocajul lanţului simpatic lombar, se aplică cu acelaşi efect în arteritele senile, embolii arteriale, dégérături. Maladia lui Raynaud, considerată azi ca fiind de origină hormonală, este mai puţin influenţată de blocajul simpaticului cu Novocaină.

Flebitele: Şi aici ca şi la arterite, trombusul obliterând vena şi jenând mecanismul întoarcerei sângelui, nu explică oedemul. Două elemente sunt admise astăzi în patologia flebitei: un trombus venos şi un spasm al sistemului venos. Fie ca trombusul este provocat de o infecţie, fie că în maladia post-operatorie, din cauza hiperviscozităţii sanguine, şi scurtarea timpului de coagulare, se produce o aglutinare a plachetelor, endoteliul iritat de prezenţa coagulului, reacţionează printr'un reflex de vaso-constricţie care blochează venele periferice. Aceiaşi experienţă făcută pe câini, prin rezecţia unor porţiuni din venele principale, au produs în scurt timp restabilirea circulaţiei venoase şi vindecarea animalului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deci şi aici ca şi în arterite suprimarea teritoriului venos lezat, prin blocaj anestezic va suprima spasmul şi va restabili circulaţia.

Leriche, într'o lucrare publicată în 1934 arată că face tratament abortiv dela primele simptome; (durere şi tensiune în molet), face infiltraţie lombară cu Novocaină şi scurtează timpul maladiei la 5—10 zile. Elevul său M. Luzuy merge mai departe: La fiecare operat măsoară timpul de coagulare, din 2—2 zile, şi la cei cu timpul de coagulare scăzut, le face un tratament anticoagulant, iar la prima durere sau crampă apărută în molet, face imediat o infiltraţie lombară cu Novocaină. Astfel la 300 bolnave operate de fibroane aseptice, în timp de 10 ani nu a avut nici o flebită.

Trebue să menţionez încă, ulcerele varicoase care se vindecă prin injecţii intraarteriale cu Novocaină.

Dăm mai jos observaţia unei bolnave cu flebită tratată prin infiltraţii lombare cu Novocaină:

Obs. Maria T., 30 ani, se internează la 16 Noemvrie 1947 pentru o escară în reg. sacrală după tifos exanthematic.

Ant.: Căsătorită, două naşteri la termene, nici un avort, neagă sifilisul.

Istoric: Bolnavă de 3 săptămâni de tifos exantematic la spitalul de Izolare de unde este transportată în serviciul nostru pentru escară în reg. sacrală.

Examen: Bolnava foarte emaciată, stă numai în decubit lateral şi ventral, se mişcă cu greutate, are inapetenţă, atonia vezicei urinare şi intestinală. Prezintă în reg. sacrală o plagă de mărimea palmei unei mâini adâncă până la os cu sfacel în profunziune. Stare subfebrilă, aparatul cardio-vascular şi pullmon normale.

Tratament: Se face tratament local şi general cu tonice vitamine, extract de ficat; starea pacientei se ameliorează vizibil. In ziuà de 28/XI. Ascensiune termică, 38_4. Acuză durere în membrul inferior stâng. La examen se constată o tumefiere a întregului membru cu dureri accentuate la nivelul artic. genunchiului. — Tegumentele au coloraţia aproape normală, pallide, se diagnostichează o flebită. Se imobilizează membrul, se fac injecţii cu Cibazol. Febra se menţine la 38^0. In ziua de 1/XII se face o infiltraţie lombară cu novocaină: 20 cm. soll. $^1/_{200}$. Se repetă infiltraţia la fiecare 2-3 zile. — Alternativ la dreapta şi la stânga. — Se fàc astfel 6 injecţii.

Chiar dela a doua injecţie se constată o ameliorare în starea bolnavei. Temperatura scade sub 38^0 durerile diminuează — inflamaţia nu mai progresează. După a 4-a injecţie bolnava mişcă piciorul cu uşurinţă — oedemul scăzut aproape de normal. După a 6-a injecţie bolnava nu mài acuză nici un fel de durere se întoarce uşor în pat — volumul piciorului a revenit la normal — Considerăm flebită vindecată.

* * *

Al 3-lea mare capitol în care înfiltraţiile simpaticului joacă un mare rol, este al patologiei abdominale. Se ştie că nervii splanhnici împreună cu pneumogastricul, asigură înervarea totalităţii organelor digestive. In patologia organelor digestive, s'a observat că splanhnicul are o acţiune opusă asupra orificiilor şi asupra pungii gastrice. Asupra esofagului şi a stomacului, excitaţia sympaticului produce relaxarea fibrelor netede şi deci lărgirea cavităţilor; asupra orificiilor, din contra, excitaţia simpaticului produce contracţia puternică şi închiderea lor. Atât la stomac cât şi la intestin găsim următoarea lege generală: nervul care relaxează conductul, face să se contracte sfincterul şi invers, acel care face să contracte conductul, relaxează sfincterul, astfel că atunci când porneşte o contracţie, găseşte în faţă, un sfincter deschis. Această constatare este de mare valoare în toate afecţiunile spasmodice: spasm al cardiei şi al pilorului cu dilataţie acută de stomac, megaduodenum cu stază duodenală, ptoză gastrică cu atonie şi spasm piloric. In toate aceste afecţiuni, înfiltraţia splanhnicului, dă după 20—30 minute, contracţii repetate, şi evacuarea prin pilor a conţinutului stomacal.

In ulcerul gastric şi gastritele hiperemice care îl precedă, înfiltraţia splanhicului dă rezultate surprinzătoare. Infiltraţia se face în serie, o injecţie la 4 zile alternativ la dreapta şi la stânga. Dau mai jos observaţia unui bolnav cu turburări gastrice vindecat prin această metodă.

Obs.: Grigore S. 43 ani se internează la 4 Iunie 1947 cu turburări gastrice: dureri, inapetenţă, balonare şi debilitare generală.

Ant.: Malarie şi apendicectomie anul trecut.

Istoric: Debut insidios cu 7 luni în urmă. Are crize repetate, dureri după masă şi inapetenţă.

Examen: Bolnavul asthenic, emaciat, (tabagic, alcoolic). Subiectiv acuză dureri după masă la 1/2 oră, sub formă de dureri în bară la ombilic cu iradiații la dreapta. Suferă de constipație. La pălpare: dureri în hipocondrul drept și fosa iliacă dreaptă, iradiate spre coloana vertebrală.

R. Wasserman — negativă. Radioscopie = spasm piloric.

Tratament: Se face injecții cu novocaină intravenos. 2 cm. 1% +. Atropin gr. 0.0005, timp de 6 zile, fără rezultat apreciabil. In ziua de 11 Iulie se face infiltrația splanhnicului cu novocain — sol. 1/200 20 cm. Chiar a doua zi bolnavul are senzație de ușurare. Nu mai are dureri, începe să mănânce. Se repetă injecția la 16 Iulie. Starea se ameliorează din ce în ce mai mult. Dispar balonările, se alimentează mai bine. Părăsește spitalul la 23 Iulie în stare f. bună.

Bolnavul a putut fi urmărit; starea lui continuă să fie bună.

In afecțiunile colonului cităm: megacolonul, constipațiile cronice prin atonie, ocluziile intestinale prin ileus paralitic. In crizele de gaze post-operatorii, și ileusul paralitic, o injecție intravenoasă cu Novocaină 10 cmc. 1% produce minuni. Aceste injecții sunt corolarul infiltrației splanhnice și poate înlocui aceasta, sau se poate face alternând una cu alta. In timpul operației de ocluzie, când ansele distinse de gaze, fac câteodată aproape imposibilă închiderea peretelui abdominal, o injecție cu Novocaină făcută în mezenter, face să se contracte ansele aproape imediat și evacuarea rapidă prin relaxarea sfincterului anal. Am întrebuințat personal în câteva cazuri, această metodă cu rezultate imediate foarte bune.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

In patologia ficatului, în stările de atonie a veziculei biliare cu stază, înfiltrația splanhnicului, făcută alternativ la dreapta și la stânga produc relaxarea sfincterului lui Oddi și evacuarea bilei.

In patologia urinară: In anuriile reflexe, o singură injecție intravenoasă cu 0.02 ctgr. Novocaină, restabilește diureza. De asemeni, orice colică renală, poate ceda unei înfiltrații anestezice mai bine ca la orice antispasmodic sau opiaceu.

In ginecologie și obstetrică: In nevralgiile utero-ovariene, înfiltrația parametrelor, completată cu 3—4 injecții lombare, fac să dispară durerile în toate afecțiunile, care nu au un substrat anatomic.

Profesorul Daniel în 1938, a arătat că salpingitele acute, erau favorabil influențate prin blocarea plexului hipogastric inferior cu Novocaină. De atunci, Frölich și Cohen din Strasburg, au tratat sistematic bolnavele cu anexite acute prin înfiltrații lombare cu Novocaină, la fiecare 2 zile. Fără a face alt tratament, au observat diminuarea rapidă a durerilor, secreției, temperaturii, și normalizarea formulei leucocitare.

In nașteri fără dureri, întâia dată, Aburel în 1930 a încercat înfiltrația lombară. După aceia un număr de obstetricieni francezi, au încercat și extins această metodă. Pigeaud din Lyon aduce recent — 1944 —, o serie de 150 nașteri urmate cu înfiltrația simpaticului, fără incidente, nici asupra vitalității copilului, nici asupra mecanismului travaliului.

Incercări de infiltrație cu Novocaină s'au făcut în toate domeniile patologiei, cu rezultate mai mult, sau mai puțin favorabile. Astfel: în diabet, în hipertensiune arterială, zona-zoster, în patologia cerebrală,

respiratorie, cardiacă (angina de piept) etc.: Cea mai interesantă însă, rămâne acţiunea înfiltraţiilor sinusului carotidian şi rezultatele extraordinare obţinute în insuficienţele suprarenale acute, ca: şoc traumatic, şoc operator, colaps post-operator.

In anul 1925, R. Leriche bănue existenţa unui corpuscul situat în furca carotidiană, iar Hering, cam în acelaşi timp, a arătat existenţa unui filet nervos care îi poartă numele şi care plecând dela corpusculul carotidian sau „glomus" urmează carotida internă ca să ajungă la glosso-faringian. Provocând excitaţia capului periferic al acestui nervi la iepure, Hering provoacă o încetinire a inimii şi o scădere a tensiunei arteriale. Acest fenomen este de asemeni provocat prin excitaţia bifurcaţiei carotidiene şi încetează dacă se anesteziază sinusul, sau se secţionează nervul lui Hering. Prin urmare, rolul depresiv, atribuit până acum nervilor lui Ludwig şi Cyon, era atribuit de Hering, reflexului plecat din bifurcaţia carotidiană.

In 1933, Heymans, Reguier şi Boukaert, arătau că din punct de vedere anatomic şi fiziologic, chestiunea era mai complexă. Ei denumiau sinus carotidian, o întreagă zonă reflexogenă, cuprinsă în toată regiunea bifurcaţiei carotidei primitive în externă şi internă şi glomusul intercarotidian. Pe de altă parte anatomiştii, Delmas, Hovelaque şi Maes, arătau că filetele nervoase care iau naştere în această zonă se îndreaptă spre 3 direcţii: 1) un prim grup spre glosso-faringian, 2) al 2-lea grup spre pneumogastric, şi al 3-lea spre ganglionul cervical superior. Astfel, secţiunea fibrelor unui grup, nu suprimă totalitatea reflexelor. Pentru a ajunge acest scop, trebue să înfiltrăm larg cu Novocaină, adventicea celor 3 artere, bifurcaţia şi corpusculul, sau să se facă ablaţia corpusculului şi o largă simpaticectomie pe trepiedul arterial. Această zonă reflexogenă joacă un rol esenţial în echilibrul circulator. Glomusul se comportă ca o glandă cu secreţie internă, având relaţii strânse cu suprarenalele şi paratiroidele. S'a demonstrat că, excitarea sinusului carotidian, face ca, cortico-supra-renala să sufere o hipertrofie considerabilă. Hypotensiunea în sinusul carotidian, face să se goleasca suprarenalele, şi să arunce în circulaţie, rezervele de cortină şi adrenalină. Din contra, hipertensiunea în sinus, inhibă secreţia adrenalinei. Aceleaşi relaţiuni strânse le are glomusul şi cu paratiroidele. Ablaţia lui, determină la animalele tinere turburări asemănătoare rahitismului.

Centrii vegetativi superiori care reglează regimul circulator, sunt situaţi de fiziologişti, la baza creerului, în regiunea infundibulo-tuberiană, unde sunt nucleii cenuşii ai centrilor diencefalici. Vecinătatea hipofizei, şi rolul pe care această glandă îl joacă, ne arată că în planşeul celui de al III-lea ventricol se găseşte adevăratul centru vegetativ. Când şocul este declanşat, participă tot sistemul vegetativ: simpaticul, parasimpaticul, centrii diencefalici şi glandele endocrine, în special hipofiza şi suprarenala.

Blocajul anestezic al sinusului carotidian, acţionează, modificând regimul circulator al centrilor diencefalici şi al hypofizei şj prjn aceasta, reacţiile vaso-motrice şi hormonale. Indicaţiile sunt: şocul traumatic, şocul operator, collaps.

M. Luzny, ne dă un număr de 4 observaţii unde a obţinut rezul-

Digitized by Romanian Academy Library, Cluj

tate miraculoase, dar mărturiseşte că pe un mare număr de cazuri, nu a avut rezultate.

Pe 20 cazuri, în operaţiile grave, a încercat infiltraţia sinusului carotidian făcută precoce, chiar pe masa de operaţii, imediat după terminarea operaţiei. In toate aceste cazuri a fost impresionat de aspectul bolnavilor, a doua zi; infinit mai bun ca în cazul celorlalţi bolnavi cu operaţii mai uşoare.

Personal, am încercat infiltraţia sinusului carotidian la 3 bolnavi care prezentau colaps, a doua zi după operaţie. Intr'un singur caz, am obţinut rezultat favorabil:

Obs: Bolnava Elena A. 22 ani, internată în seara de 18 Iulie 1947 şi operată de urgenţă fiind împuşcată în abdomeu, cu perforarea colonului ascendent, prezintă a doua zi la ora 13 fenomene de colaps cardiac, puls filiform, dispnee, agitaţie, care nu reacţionează la Iràtàmentul cu tonicardiàce: Făcând infiltraţia sinusului corotidian stâng, am constatat dupa o ora, o uşoară ameliorare în starea bolnavei, pulsul se poate percepe şi număra, dispneea cedează. Criza a trecut şi boala îşi urmează cursul astfel că în ziuà de 18 August 1947 părăseşte spitalul pe cale de vindecare.

Concluzii: Infiltraţiile simpaticului cu Novocaină, au luat în ultimul timp o extindere foarte mare, în toate domeniile patologiei şi deschide poarta încă la numeroase încercări. Sunt evidente rezultatele favorabile obţinute în: traumatisme, afecţiuni cardio-vasculare, patologia abdominală, digestivă, renală, hepatică, în ginecologie şi obstetrică, turburări endocriniene, hipertensiune arterială, diabet, zona-zoster, patologie cerebrală, colaps, şoc traumatic şi operator, patologia cardiacă, respiratorie, oto-rhino-laringologie, etc..

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Experienţele de până acum, au arătat că în orice maladie, alături de leziunea anatomică, există o parte funcţională care ţine de o perturbare a simpaticului local, de obiceiu vaso-motrice. Rămân încă multe lucruri de studiat, mai ales în domeniul bolilor infecţioase, unde se pare că au şi început oarecare încercări. Spenăm că vor continua şi vor fi duse la bun sfârşit.

Bibliografie: *Maurice Luzuy*: Les infiltrations du sympathique, 1946

Les infiltrations du sympathyque, ont pris dans les dernières années une très grande extension, dans tous les domaines de la pathologie, et laissent la voie ouverte à des nombreux essais.

On a obtenu des résultats favorables dans le traitement des: traumatismes, les afections cardio-vasculaires, la pathologie abdominale, digestive hépathique, gynécologique et obstétrique, troubles endocriniens; hipertension, artérielle, diabet, zona-zoster, la patologie cérébrale, cardiaque, réspiratoire, collaps, choc traumatique et opératoire, oto-rhino-laringologie etc.

Les experiences ont prouvé qu'a côte de la lésion anatomique, il y avait une part fonctionelle, qui relevait d'une perturbation sympathique locale, le plus habituellement vaso-motrice. Il reste encore beaucoup de choses a étudier, notamment dans le domaine de la pathologie infectieuse, ou on a déjà fait des essais, qui espérons-le, vont continuer et donner de bons résultats.

FENOMENUL ALLERGIEI IN PATOLOGIA HEPATICĂ

de

Dr. A. PAUNESCU-PODEANU

1. Intre ficat şi stările de allergie sunt raporturi extrem de strânse şi de importante. Ficatul este un organ esenţial, dacă nu indispensabil, pentru realizarea sensibilizării şi stărilor de şoc. Scoaterea ficatului din circulaţia generală, prin intermediul fistulei lui Eck, face imposibilă sensibilizarea animalului şi împiedecă şocul, la reinjecţia de allergene (exp. lui Fischer şi Denecke). Şi invers, mărirea fluxului de sânge hepatic prin abuşarea venei cave inferioare în poartă, face ca şocul ce urmează unei sensibilizări prealabile, să fie extrem de sever (idem). După Rein, în şocul anafilactic, ficatul acumulează până la 61% din massa sângelui, de unde hipotensiunea caracteristică şocului; cordul merge aproape „în vid" şi după cercetările lui Geilling-Kolls, volumul lui scade apreciabil. Accidentele circulatorii ale şocului au aşa dar la bază, staza sanghină hepatosplanchnică.

In clinică, importanţa factorului hepatic în determinismul maladiilor allergice, de intoleranţă, este de asemenea bine cunoscută. Frecvenţa fenomenelor hepatice de insuficienţă, în eczemă a fost semnalată de Rocchini, Larat şi Siebenmann, Felchi. In urticarie, deficienţe ale ficatului se întâlnesc de asemenea cu mare frecvenţă (Managh, Saint Girons, Singer), ca şi în astm (Schemmer, Sedillot, Jaquelin, Beaudoin, Girbal). Dar mai ales în migrenă, coexistenţa stigmatelor de deficienţă hepatică a fost foarte des semnalată (Diamond, Sedillot, Faroy, Etienne, Kelling, Pasteur Vallery-Radot, Mc. Clure şi Huntsinger, Haug, Wohrmann, Aubertin ş. a.). (Participarea factorului hepatic la mecanismul acestor manifestări allergice este demonstrat însă, mai ales, de bunele rezultate obţinute în tratarea lor prin metode terapeutiec, adresându-se ficatului. In urticarie sunt de menţionat efectele favorabile obţinute cu citrat de magneziu şi boldo (Rosanoff), cu extracte hepatice (M-me Dejust-Defiol), cu dehidrocolat de sodiu (Teichmann), cu insulină-glucoză (Urbach), sau cu drenajul biliar medical (Păunescu-Podeanu şi Condaxe). Şi în eczemă sunt cunoscute rezultatele favorabile ale unor asemenea tratamente (Kämmerar, Rosanoff ş. a.). Dar mai ales în tratamentul migrenei, metodele de ridicare a potenţialului funcţional celulo-hepatic, au dat rezultate foarte frumoase. Sărurile biliare (Hunt), sulfatul de magneziu în soluţie de 50% pe gură, dimineaţa (Rook), dehidrocolatul de sodiu per os (Leischner, Müller), dar mai ales tubajul duodenal (V. Lyon, Chiray cu Triboulet, Faroy, Mac Clure ş. a.), s'au dovedit deseori de o eficacitate remarcabilă în tratamentul acestui sindrom. Pasteur Vallery-Radot a publicat un caz în care tubajul duodenal făcea chiar să avorteze criza iminentă. Şi mulţi autori pun acţiunea peptonei şi a hiposulfitului de sodiu — folosiţi ca desensibili-

zanţi — mai ales pe seama acţiunii lor asupra celulei hepatice (Dany, Ravaut, Young, Binet ş. a.). Poate prin acelaşi mecanism ar lucra şi vitamina C (după Giroud).

Mecanismul intim de acţiune al ficatului în procesele allergine, nu are însă o explicaţie precisă până acum. După unii, e vorba de o insuficienţă de reţinere a allergenelor de către ficatul bolnav sau depăşit în funcţiile lui antitoxice şi de fixare, îngăduindu-se astel trecerea în circulaţia generală a substanţelor vătămătoare. Aşa cred majoritatea autorilor, azi, în frunte cu Hansen. Pick şi Hishimoto, apoi Yoshingki Hiki cred că e vorba de o insuficienţă a eliberării anticorpilor destinaţi să anihileze toxinele producătoare de şoc. In fine, după alţii, şocul allergic rezultă din elaborare, de către ficat, sub acţiunea allergenelor specifice, a unor substanţe de tipul histaminei, ce pătrunzând în circulaţia generală dau loc la manifestările caracteristice.

*

2. Dar pe de altă parte, ficatul poate suferi el însuşi, consecinţele şocului allergic. Element important în determinismul manifestărilor allergiei, al reacţiunilor de tip hiperergic, el poate constitui uneori organul de localizare şi de manifestare al acestora, suportul lor esenţial. Ficatul poate fi uneori organul de şoc.

Realitatea suferinţelor hepatice de origină allergică este confirmată azi de o mulţime de fapte de ordin clinic şi experimental. La câine, Manwaring a observat în şoc, o mărire a ficatului chiar de mai multe ori decât volumul iniţial, mărire însoţindu-se de toate semnele hemoclasiei (Journ. of immunol. 1923, 47,, 123). Iar Pick şi Hishimoto au demonstrat că în cursul şocului, funcţiunile principale ale ficatului sunt inhibate (după Kämmerar, Knoll's Mitt. f. Aerzte No. 2, 1937). Uneori, turburările hepatice devin aşa de intense, încât ocupă locul principal în simptomatologia acestuia, conturând o adevărată boală hepatică de natură allergică. Observaţiuni de asemenea hepatopatii allergice s'au publicat destul de multe. Mai mult însă, substratul allergic a fost incriminat, la om în o mulţime de afecţiuni hepatice banale, comune, ca icterul cataral sau ciroza.

*

Manifestările allergiei hepatice sunt destul de variate şi de obiceiu sgomotoase. Ele se grupează în 3 categorii, răspunzând nosologic la trei grupe de turburări morbide: fenomene dureroase, fenomene congestive fluxionare, procese celulo-hepatice îmbrăcând la rândul lor diferite aspecte clinice (cu sau fără icter, cu sau fără fenomene de insuficienţă hepatică) şi putând evolua spre atrofia hepatică sau spre ciroză.

Durerea este manifestarea cea mai elementară şi mai frecventă a allergiei hepatice. Durerea aceasta de şoc prin sensi-

bilizare poate avea sediul în aparatul biliar extrahepatic sau chiar în glanda hepatică propriu zisă.

Natura allergică, colloidoclasică a unora din colicele biliare a fost relevată de Parturier şi Legrain (Journ. med. fran. No. 5, 1932). O mulţime de alţi autori au confirmat acest punct de vedere şi azi acesta e aproape unanim adoptat. (La noi în ţară, Dumitrescu-Mante, Copăcianu, au publicat studii în acest sens).

Există însă şi dureri hepatice independente de căile biliare extrahepatice, produse prin mecanism allergic. Paviot dela Lyon, a atras pentru prima dată atenţia asupra lor, punându-le, împreună cu fenomenele congestive ale allergiéi, sub eticheta de fenomene pseudo-litiazice. Criza dureroasă hepatică allergică se însoţeşte uneori şi de modificări în volumul glandei. Explicaţia ei pare să stea în diversele turburări ce se produc în circulaţia hematică şi biliară intrahepatică. Singer din Viena (Arch. f. Verdaungskrk. 1928, 42, f. 4, p. 322), von Eiselsberg (Klin. Wschr. 29 Iulie 1933), Gutman (Presse Méd. No. 89, 1932; Bull. Soc. med. hôp. Paris, 30 Ian. 1933), Savy din Lyon (Traité de thérap. ed. I, p. 727) şi a., se înscriu de asemenea printre susţinătorii acestei concepţii. Pentru ei, unele din durerile hepatice survenind în crize, nu sunt colici biliare ci veritabile crize de ficat de origină anafilactică, produse sub acţiunea unor reactogeni diverşi, de ordin protidic mai ales, ca şi de unele cauze mai curioase: frigul, căldura, emoţiile. Ca substrat etio-patogenic, ele se suprapun aşa dar colicelor biliare produse prin şoc, descrise de Parturier. In categoria lor intră apoi, crizele hepatice ce urmează menstruaţiei, aşa cum a arătat Chvostek, când dimensiunile ficatului cresc cu 2—4 cm. Aceiaşi concepţie o mai susţine încă Jahiel: criza de ficat este o entitate specială, expresiune a rupturii tranzitorii a ritmului funcţional al celulei hepatice; o stare angoroasă a organului, cu sau fără mărire de volum, de esenţă neuro-vegetativă, adeseori expresiunea unui şoc organic. Şi deseori — crede acest autor — durerile hepatice survenind în legătură cu epocile menstruale şi luate drept colici biliare, nu sunt decât crize hepatice anafilactice prin şoc allergic menstrual. (Arch. mal. app. dig. No. 1, 1934; Presse Méd. No. 7, 1937).

Fenomenele congestive hepatice, allergice, merg de cele mai deseori mână în mână cu fenomenele dureroase. Cu sau fără durere concomitentă, ficatul suferă, sub acţiunea unui allergen, mărirı transitorii de volum. Se produc, consecutiv desechilibrul vegetativ al reacţiei allergice, de şoc, unele turburări în circulaţia hemo-biliară, realizând o adevărată congestie a organului (congestie zisă doar ca expresiune comună, cum spune Savy), o fluxiune cu aspect congestiv-edematos. Dieulafoy semnalase mărimea de volum a ficatului în cursul unor colici hepatice. Medicina modernă le dă acum însă o interpretare specială, prin prisma fenomenului allergic.

In fine, tot ca modalităţi reacţionale allergice, pot să se producă în ficat, unele transformări mai serioase încă, nu numai de ordin funcţional, dar chiar de ordin structural; **alteraţiuni parechimatoase,** de o mare varietate, modificări **celulo-hepatice** diferite, adevărate **hepatite allergice,** ce pot îmbrăca aspecte multiple, atât din punct de vedere anatomic, cât şi clinic.

Hepatita seroasă a lui Roessle (hepatoza) aparţine acestui gen de fenomene morbide. Unele ictere de tip cataral, apărând în circumstanţe speciale au de asemenea un substrat allergic. S'au semnalat chiar procese de atrofie hepatică acută, urmând reacţiunilor de intoleranţă repetate, iar pe teren experimental s'au putut produce chiar alteraţiuni necrotice de origină allergică (Wätjen, Verh. Dtsch. pat. Ges., 1937, p. 148; Kim. J. Chosen med. Ass. Japan No. 28, 1938).

In clinică se cunosc astfel cazuri de hepatite icterigene serice, apărute după injecţii de seruri terapeutice, însoţind sau nu maladia serului (Flandin şi Pasteur Vallery-Radot, citaţi de Caroli; Oubard şi Jean, citaţi de Hansen). Mai numeroase şi mai cunoscute sunt cazurile de hepatite cu substrat allergic, survenind în acelaşi timp cu alte manifestări de acest gen (manifestări cutanate sau articulare), prin care îşi trădează natura: ictere de tipul cataral, precedate de urticarie, de artralgii difuse sau de migrene (Caroli, Bull. Soc. med. hôp., Paris, 1938, p. 191; Andina, Klin. Wschr. No. 13, 1937; Ferrabouc şi Jude, von Beck; Benecke ş. a.). Uneori chiar procese hepatice mai grave au fost raportate la fenomenul allergiei şi au fost interpretate ca rezultând dintr'un proces de intoleranţă, de anafilaxie, produse fiind printr'un mecanism allergic. Kaege din clinica lui Roessle a publicat un caz de atrofie galbenă acută sfârşind o boală a serului, survenită după o injecţie de ser antitetanic (din Hansen). Zischka jr. a semnalat şi el un caz analog (Mschr. Kinderkr. No. 88, 1941). Schmengler are şi el mai multe asemenea cazuri, din care unul chiar cu verificare necropsică, singurul verificat astfel, de altminteri, până azi (Klin. Wschr. No. 6, 1939). Tot acest autor mai publică două cazuri, dintre care unul cu necropsie, de ciroze hepatice strict allergice, adică cu sensibilizare şi declanşare specifică, antigenul fiind recunoscut şi verificat prin probe cutanate (Klin. Wschr. 1940). Inflamaţia seroasă care caracterizează reacţia allergică locală, hepatică, poate duce la scleroze întârziate, prin procese allergice repetate, aşa cum la rinichi, glomerulo-nefrita acută poate duce la scleroză renală. Roessle a arătat, de altminteri, că repetarea acţiunilor antigenice, duce la reacţiuni prolifeerative.

Pe plan anatomic, perturbaţiile produse de şocul allergic şi corespunzând turburărilor observate, sunt caracterizate în primul rând de infiltraţia edematoasă a ţesutului interstiţial şi umflarea celulelor parenchimatoase, imagine pe care Manwaring o califică de „edemul hepatic explosiv". Watherford a constatat şi el aceleaşi modificări, de turgescenţă a celulelor hepatice

din jurul venelor centrolobulare. Imaginea corespunde de altminteri celei a inflamaţiei seroase a lui Eppinger şi Roessle. Pribram compară imaginea aceasta cu o „urticarie a ficatului" (Congresul Vichy, 1937). Turburarea are la bază, ca mecanism intim fisiopatologic, perturbaţiile în metabolismul apei, cu reţenţie consecutivă, subordonate atingerii celulei hepatice. Căci precum se ştie, ficatul joacă un rol de însemnătate covârşitoare în economia apei şi a sărurilor în organism, iar şocul allergic determină o masivă reţenţie de apă, cu mărirea facultăţii de inhibiţie tisulară şi organică şi cu apreciabilă fixare de apă în ficat (B. Paul, Klin. Wschr. No. 3, 1938), fixare directă după unii, (adică prin turburările proprii celulei hepatice), indirectă după alţii (adică prin acţiunea mecanismului suprahepatic, al sfincterului lui Pick şi Molitor). In tot acest mecanism, sistemul nervos vegetativ joacă un rol fundamental, el fiind intermediarul între procesul umoral-biologic şi cel organic-anatomic; şi Lemierre socoteşte cu drept cuvânt, hepatitele allergice, drept o formă a hepatitelor de origină simpatică, studiate atât de bine de Reilly şi elevii lui.

Uneori tabloul anatomic al hepatopatiilor allergice poate lua înfăţişări şi mai severe. Extravasarea serică care caracterizează reacţia allergică, poate da loc prin mărirea tensiunii intracapsulare şi compresia celulelor la un blocaj funcţional al lor şi mai departe chiar la necroze secundare prin ischemie; pe de altă parte modificările produse în ficat pot să constea în necroze, atrofii şi scleroze de tipul cirotic. Pentru primul caz, de atrofii şi necroze, pledează constatările experimentale ale lui Wätjen şi Kim, despre care am mai vorbit, ca şi faptele clinice ale lui Zischka şi Schmengler. Pentru evoluţia posibilă spre ciroză, pledează — aşa cum am mai spus — Roessle şi Klinge, care cred că procese allergice repetate, provocând inflamaţii seroase hiperergice locale în ficat, pot duce la reacţiuni proliferative, scleroase, de tip ciroţic. Cazul de ciroză al lui Scchmengler, despre care de asemenea am vorbit, a cărui origină allergică e dovedită cu testuri biologice pozitive, vine să confirme clinic acest lucru.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

3. Intre afecţiunile hepatice allergice, mai frecvente par să fie crizele dureroase hepatice şi fenomenele congestive-fluxionare, care de cele mai multe ori se produc împreună şi deseori evoluiază paralel. Neavând însă o fisionomie clinică proprie, care să le individualizeze, ele se confundă de cele mai multe ori cu simpla colică biliară sau cu un banal proces de colecistită. La un examen clinic mai atent, ele se identifică însă prin câteva particularităţi de manifestare: durerea este mai difuză decât în cazul colicei biliare, cuprinzând regiunea hepatică mai difuz; dimensiunile ficatului sunt apreciabil mărite, scăzând evident şi repede în zilele care urmează; dar mai ales prezenţa conco-

mitentă a unor stigmate umorale sau clinice trădează natura acestor manifestări şi le relevă substratul allergic, şi anume leucopenia şi eosinofilia eventuală, apoi apariţia simultană a altor manifestări allergice recunoscute: artralgii, migrenă, dar mai ales urticaria. Infine, circumstanţele de apariţie sunt şi ele deseori revelatoare.

Am observat mai multe cazuri de acest gen. In unele, revelaţia s'a datorat obiceiului de a cerceta şi dimensiunile ficatului. O hepatomegalie intensă, cu un ficat moale, care în zilele următoare a pornit să reintre repede sub rebordul costal, a fost de multe ori factorul revelator. Alteori ne-a orientat asocierea unei urticarii; mai rareori sugestia a pornit dela alimentul generator, allergenic (raci, scoici, ouă).

Iată unul din aceste cazuri, care întruneşte toate elementele de sprijin pentru diagnosticul de hepatită allergică (sau cum îi spune Zischka, de hepatargie).

Bolnavul X. de 38 de ani s'a internat în clinica medicală terapeutică (Prof. Dr. Dumitrescu-Mante) în Noembrie 1939, pentru dureri în hipocondrul drept, greţuri, vărsături, temperatură 38°. Boala a început în cursul nopţii precedente, brusc, cu aceleaş fenomene. In ajun bolnavul a ingerat, la dejun raci, pe care i-a suportat foarte bine, fără vreo turburare, până la apariţia manifestărilor arătate, care determină internarea în spital.

Nu se găsesc în antecedente, maladii hepatice, intoleranţe alimentare sau medicamentoase sau alte manifestări allergice (migrenă, astm, urticarie).

Clinic tabloul este al unei colecistopatii acute. Durerea în regiunea subhepatică se însoţeşte de temperatură, de un subicter uşor. Ceeace mai isbeşte este faptul că ficatul depăşeşte rebordul costal cu 2—3 laturi de deget; el măsoară $14^1/_2$ cm. pe linia medioclaviculară; este relativ moale, sensibil la apăsare. Splina e percutabilă pe 3 laturi de deget. Infine, pe pielea trunchiului, câteva plăci neregulate, urticariene, pruriginoase, care au apărut în acelaş timp cu fenomenele hepato-biliare.

Interpretăm manifeştările drept o angiocolecistită subacută cu fenomene de intoleranţă hepatică (disfilaxie).

Examenele ulterioare ne arată o leucocitoză de 11000, cu 4% eosinofile în formulă. Proba galactozuriei provocate este deficitară.

In zilele ce urmează, ficatul scade progresiv dar destul de repede (în câteva zile) la 9 cm. pe linia medio-claviculară, în timp ce durerile, în acelaş interval de timp, dispar, temperatura revine la normal, subicterul dispare şi el.

Controlul galactozuriei, la sfârşitul acestei evoluţii, arată revenirea la normal a galactopexiei hepatice.

Eticheta definitivă poate fi deci: angiocholecistită acută cu reacţie allergică cutanată şi hepatică (aceasta din urmă constând într'o hepatită seroedematoasă) în urma ingestiei de raci.

Observaţia atentă poate releva mai des natura allergică şi substratul hepatic, al unora din manifestările de tip comun, biliar, însoţind colici biliare sau puseuri infecţioase angiocholecistice, sau luând masca lor. Sub forma lor fluxionară, congestivă, noi le-am întâlnit relativ des. Unul din cazuri a fost comunicat de d-l Prof. Dumitrescu-Mante cu D. Vasiliu şi V.

Constantinescu la Soc. de oto-rino-laringologie în 1938. Era vorba de un bolnav care a făcut tot după o ingestie de raci, o criză hepato-biliară, cu o hepato-megalie fluxionară de 16 cm. şi cu numeroase plăci de urticarie şi edeme de tip Quincke. In cursul evoluţiei a făcut un edem de tip Quincke al laringelui, cu dispnee accentuată, sufocantă, care a pus chiar problema unei tracheotomii. Ea a cedat însă odată cu manifestările dureroase. Bolnavul a plecat după 6 zile, cu ficatul redus (măsurând 9 cm. pe linia medio-claviculară) şi cu toate manifestările allergice dispărute.

Un contur clinic mai bine definit şi o individualitate mai precisă are icterul allergic de tip cataral (adică icterul cataral produs prin mecanism allergic, prin şoc după o sensibilizare prealabilă). Identitatea lui se stabileşte de obicei prin manifestările allergice concomitente: urticarie, migrenă. Uneori apariţia bruscă a icterului şi concomitenţa unei fluxiuni hepatice evidente constituesc de asemenea puncte de sprijin pentru diagnostic. Cazuri de asemenea hepatite icterigene produse prin procese de allergie au publicat, precum am văzut, Caroli, Ferrahouc, Andina ş. a.

Şi noi am văzut câteva asemenea cazuri. Natura allergică a icterului este desvăluită, de obiceiu de ansamblul clinic în care apare el. Inşiruirea manifestărilor este următoarea: După o perioadă prodromică de câteva zile, ocupată de apariţia unei urticarii cu turburări digestive mai mult sau mai puţin accentuate, apare un icter, care are caracterele icterului cataral. Este vădit că el aparţine cortegiului de manifestări de intoleranţă care l-au precedat şi are aceeaş semnificaţie ca acestea. Ficatul este uneori uşor mărit; în intestin continuă deseori oarecare scurgere de bilă căci scaunele continuă să fie uşor colorate. Proba galactozuriei provocate am găsit-o în două cazuri uşor deficitară. Evoluţia icterului survenind în asemenea condiţii (adică în cadrul unor manifestări de intoleranţă şi având deci valoarea unui fenomen allergic) este aceaş cu a oricărui icter cataral.

S'ar părea că fenomenul allergiei intervine mai des în determinismul icterului cataral, fără ca acest lucru să iasă în evidenţă şi sunt unii autori care consideră icterul cataral ca având în genere un substrat allergic (Marcu-Mützner din Ajaccio, apoi Cionini ş. a.).

Intr'adevăr şi în icterul cataral s'au găsit frecvent, la examenul histologic, imagini de celule hepatice turgescente, asemănătoare celor găsite în hepatitele allergice experimentale de Manwaring, traducând o reacţie edematoasă de hipersensibilitate şi apropiindu-se de inflamaţia seroasă a lui Eppinger - Roessle (Schrumpf, Bergeret-Caroli). Chestiunea trebue însă, încă supusă studiilor.

Natura allergică a bolii ne-a apărut însă mai evident într'un caz de hepatită icterigenă survenită în urma unui tratament sulfamidic, condiţionată adică de o allergenă chimică-

medicamentoasă. Iată observaţia pe scurt (ea a mai fost publicată în România Medicală No. 12, 1941):

Un bolnav de 26 ani face un icter odată cu primele zile ale administrării de Dagénan. Cu două luni mai înainte bolnavul a luat 10 gr. de Dagénan, pentru a-şi trata o uretrită gonococică. Neobţinând rezultat satisfăcător, el reia tratamentul după intervalul arătat. După prima zi, la reluarea tratamentului sulfamidic, el prezintă un subicter conjunctival, care se accentuiază în zilele următoare în care bolnavul continuă încă, administrarea de Dagénan. După a treia zi icterul e franc. Un medic face diagnostic de icter toxic şi trimite bolnavul în spital (Clinica medicală-terapeutică Prof. Dr. Dumitrescu-Mante).

A doua zi după internare, proba galactozuriei, după tehnica Fiessinger, Theibaud, Dierryck, arată un apreciabil deficit funcţional al celulei hepatice: în primele ore ce urmează administrării de galactoză, eliminarea e de 7,03 gr. (normal sub 1,5) cu o concentraţie de 26‰ (normal sub 6‰). Iar în hemogramă: leucopenie de 4.800, cu neutrofile 58%, eosinofile 5,5%.

După 9 zile de tratament obicinuit (regim, prafuri Bourget, Vichy artificial, glucoză-insulină), în care timp icterul a retrocedat clinic, probele de laborator arată şi ele o relativă ameliorare. Galactozuria e de 5,20 gr. în primele 4 ore, cu concentraţia de 21,60‰; leucocitele au crescut, la 5.800, cu 63% neutrofile şi numai 3,5% eosinofile.

Pentru verificarea reacţiunii organismului şi în speţă a ficatului, refacem examenele de mai sus după ce administrăm bolnavului numai două pastille de Dagénan (un gram). Galactozuria e din nou crescută la 6,82 gr. cu concentraţie de 23‰, iar leucocitele au scăzut din nou la 5.200 cu 6% eosinofile. Icterul este şi el uşor accentuat chiar numai după aceste două tablete.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Proba originei allergice a icterului acesta este aşa dar evidentă. Substratul lui este o hepatită produsă prin intoleranţă, în urma unei sensibilizări prealabile la sulfamide. Proba galactozuriei certifică hepatita; hemograma împreună cu circumstanţele certifică natura allergică.

4. Turburări hepatice se produc, precum am văzut, destul de frecvent în toate procesele allergice (urticaria, eczema, migrenă). Dar nu ocupă un lot şi o intensitate remarcabilă pentru tabloul general al acestor boli. Ele apar numai dacă sunt căutate, mai ales prin mijloace de investigaţie speciale de laborator.

Uneori însă, aceste turburări hepatice de natură allergică sunt mai intense şi pot ocupa primul plan. Ele pot da loc de manifestări hepatice cu expresiune clinică evidentă, cu substrat anatomic cert, categoric. Pot realiza adică, adevărate boli hepatice allergice, hepatite icterigene sau neicterigene, uşoare sau grave, condiţionate adică de un mecanism anafilactic, colloidoclasic, subordonate unei sensibilizări; adevărate maladii de intoleranţă.

Descoperirea naturii allergice a acestor hepatite e uneori uşoară şi anume, atunci când ele se însoţesc de alte manifestări

allergice certe (ca migrena, urticaria, eczema, edemul tip Quincke), atunci când ele apar în anumite circumstanţe revelatoare (după alimente reputate ca anafilactogene: raci, căpşuni ş. a.), atunci când dau loc la manifestări morfologice foarte evidente şi caracteristice (hepatomegalie congestivă-fluxionară). Alteori ele sunt identificate greu şi natura lor allergică poate scăpa (cum desigur scapă de cele mai multe ori în practica curentă).

Sursa reacţiilor allergice hepatice este de cele mai deseori tubul digestiv; origina lor este mai totdeauna alimentară. Mai rareori, deşi nu excepţional, procesele hepatice allergice pot fi de origină serică sau chimică, medicamentoasă. In această privinţă e de semnalat părerea lui Hansen, după care icterul salvarsanic are un substrat allergic.

A fost pusă în discuţie posibilitatea naturei allergice şi a unor hepatopatii infecţioase, toxice sau survenind în cursul unor anumite infecţiuni. Aşa au fost interpretate de unii autori, unele manifestări hepatice apărute după infecţii ca reumatisme, angine (Schmengler, Klin. Wschr. 1940), în cursul tuberculozei (Roulet, Acta Davos, No. 12, 1936; Rothe, Frankf. path. Z. No. 51, 1937), în cursul poliartritei seroase reumatice (Berger, Riml, Arch. Pediatr., 1926, p. 763). Şi cum am mai văzut, chiar icterul cataral în general (nu numai cazuri speciale), este considerat de unii autori drept o manifestare allergică, rezultând dintr'o sensibilizare hepatică, (Marcu-Mützner din Ajaccio, Cionini, ş. a.), ca o reacţie de hipersensibilitate a parenchimului acestei glande (Stoopen, Caroli).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fenomenele allergiei hepatice şi consecinţele lor cer mai multă atenţie. Deşi rare, hepatopatiile de natură allergică sunt certe. Ele trebuesc numai, mai cu băgare de seamă observate spre a fi discriminate. Cunoaşterea lor desvălue un capitol special de patologie hepatică, important nu numai teoretic pentru fisiopatologia lui specială dar şi practic. Fiindcă încadrându-se în patologia mare a allergiei, aceste hepatopatii se supun aceloraşi puncte de vedere şi atitudini practice; cer ca toate fenomenele allergice, căutarea, depistarea, înlăturarea allergenului şi punerea în acţiune a mijloacelor de desensibilizare.

INJECŢIILE CU SALICILAT DE SODIU ŞI REUMATISMUL

de

D-r A. STERE

Experimentările clinice făcute cu salicilatul de sodiu injectat în imediata vecinătate a focarului rumatismal, sau chiar, în plin focar rumatismal, atât de numeroase şi totodată atât de pasionante în inter-

valul scurs între anii 1902 şi 1914, au fost părăsite cu totul în ultimele trei decenii.

Vorbind de injecţiile cu salicilat de sodiu, noi ne referim numaj la acele lucrări, care au avut scopul de a studia şi de a folosi acţiunea therapeutică locală a salicilatului de sodiu, adică efectul direct al acestei medicaţii, asupra focarului rumatismal din zona injectată.

Din potrivă, nu ne interesează aci, întrebuinţarea salicilatului de sodiu prin injecţie, atunci când prin folosirea acestei căi se urmăreşte ca acţiunea medicamentului să se desfăşoare de o potrivă de intens, asupra întregului organism, adică o acţiune care este identică cu acea dată de salicilatul de sodiu, introdus pe cale bucală. Nu ne interesează, întrucât studiul medicamentului din acest punct de vedere, nu intră în cadrul subiectului ce ne-am propus a trata în lucrarea de faţă.

Noi practicăm injecţiile de salicilat de sodiu, fără nicio întrerupere, încă din anul 1902.

In anul 1915, am publicat asupra acestui subiect o monografie, care a fost recenzată ceva mai târziu de Presse Médicale.

Din 1915 şi până în prezent, am folosit această metodă, ori de câte ori se iveau cazuri pentru care o găseam indicată.

Nu avem cunoştinţă că tratamentul local cu salicilat de sodiu, să se fi întrebuinţat după 1914, nici măcar sporadic, fie în ţară la noi, fie aiurea.

ţiunea lor therapeutică asupra rumatismului, se manifestă la distanţă şi general, cum este cazul cu salicilatul de sodiu injectat loco dolenţi.

Nu am fi redat publicităţii rezultatele obţinute în acest lung interval de timp, dacă nu am fi fost convinşi de superioritaatea acestei metode — desigur în cazuri determinate, de care vorbim ulterior — asupra tuturor celorlalte tratamente antirumatismale, ce se folosesc astăzi.

http://www.Romanianjournals.Library.Club

Istoric:

Ideia de a întrebuinţa salicilatul de sodiu în apropierea focarului rumatizmal este a profesorului **Bouchard.** Insuccesele patente ale salicilatului de sodiu din unele cazuri, accidentele şi intoleranţa gastrică, faţă de acest medicament când este ingerat, din alte cazuri şi înfine experienţele lui **Bentz** şi **Pouchet** cari au constatat că salicilatul de sodiu introdus în organism nu-şi desfăşoară acţiunea therapeutică decât în ţesuturile inflamate tot acest complex de fapte, au sugerat Profesorului **Bouchard,** ideia de a injecta salicilatul de sodiu cât mai în apropiere de focarul rumatismului.

Ajutat de **Claude,** de **Baltazard** şi de **Le Noire** întreprinde în cursul anului 1902, numeroase cercetări clinice, pe care la 5 şi la 7 Iunie acelaş an, le comunică Academiei de Ştiinţe din Paris. Iată concluziile depuse de el cu acea ocazie.

care deşi administrate prin injecţie, intramuscular sau intravenos, no-

In schimb după cum se ştie, s'a folosit numeroase derivate salicilice,

1. Se introduce 1—3 cmc. dintr'o soluţie de 5% de salicilat de sodiu.

2. Când sunt mai multe focare se injectează 1—3 focare, în aceiaş şedinţă.

3. Tratamentul este indicat în rumatizmul poliarticular acut, în rumatizmele acute în general şi în rumatizmul gonococic în special.

4. Tratamentul suprimă durerea imediat, dar nu împiedică nici recidivele, nici strămutarea focarului şi nici complicaţiile viscerale.

D-ra Dr. **Rosental** îşi trece teza sa inaugurală asupra aceluiaşi subiect.

Ea recomandă injecţiile de salicilat de sodiu, la rumatizmele monoarticulare şi la pacienţii cari nu pot suporta dozele mari ce le cere calea gastrică. Ea crede, că s'ar putea folosi şi în rumatizmele poliarticulare acute, dacă nu ar fi nevoie de prea multe injecţii. Pentru a face salicilatul de sodiu mai tolerabil ea pune în soluţia de injectat, şi cocain-hydrocloric, în proporţie de 1%.

Huchard şi **Fissinger** au întrebuinţat o soluţie mai concentrată, de 10%.

Ei au tratat rumatizmele acute şi cronice şi Sciaticele.

Al. Torbu sub auspiciile Profesorului **Stoicescu**, a tratat rumatizmele acute şi 4 cazuri de sciatică, cu o soluţie de 5%, din care injectează 10 până la 30 cmc.

Acest autor a constatat că salicilatul de sodiu, injectat, nu are influenţă nici asupra temperaturei şi nici asupra complicaţiilor viscerale.

Noi nu avem cunoştinţă de aceste lucrări atunci când am început să întrebuinţăm injecţiile cu salicilat de sodiu. Urmărind o nouă metodă de ionizare, care consistă din injectarea medicamentului şi tratarea regiunei cu un curent continuu de anumit sens — metodă pe care de asemenea o credeam la început originală, dar care în realitate a fost imaginată cu mult înainte, de **Foveau de Courmelle** — am putut constata că, atunci când injectam salicilatul de sodiu local, şi supuneam regiunea curentului continuu, în unele forme de rumatism, eficacitatea era cu mult mai mare ca atunci când medicamentul era ingerat.

Mult timp am presupus că sporirea eficacităţii salicilatului de sodiu se datora în totalitate curentului electric care, îmi imaginam atunci, ar produce o anumită schimbare în starea moleculară a medicamentului. Când însă, mai târziu nu am mai avut la dispoziţie curentul electric şi am fost nevoit să încerc injecţiile de salicilat de sodiu, singure, am constatat nu fără mare surpriză că, rezultatul nu era mai puţin satisfăcător ca atunci când regiunea era tratată concomitent prin curentul continuu.

Se înţelege dela sine că, din acea vreme am renunţat definitiv la electricitate.

Contribuţia noastră la stadiul în care se află în prezent acest tratament, este destul de însemnată. In mai bine de 30 ani, noi l-am aplicat la cel puţin 3000 cazuri. Am adus modificări radicale capitolului indicaţiilor şi contraindicaţiilor. Astfel noi îl folosim în reumatismul cronic, în diferite forme sau localizări rumatismale, despre care predecesorii noştri nici nu au amintit.

Din potrivă îl contraindicăm categoric în rumatismul poliarticular acut, adică tocmai în acea afecţiune la care Prof. **Bouchard** şi ceilalţi autori, l-au recomandat în mod special. O justă întrebuinţare dată

acestei metode a făcut să cunoaştem poate mai multe succese şi în orice caz mult mai puţine deziluzii.

Am reglementat cantitatea maximă de salicilat de sodiu, într'o singură şedinţă, care la noi atinge un plafon mult mai ridicat decât cantitatea maximă folosită de predecesori, cantitate care fiind sporită, a mărit eficacitatea tratamentului în aceiaşi măsură.

Toate aceste modificări esenţiale aduse tratamentului local cu salicilat de sodiu ne îndreptăţesc să socotim această lucrare ca originală.

Prepararea soluţiei de salicilat de sodiu şi modul de întrebuinţare.

Iată formula soluţiei la care am rămas încă de acum aproape 15 ani şi pe care am găsit-o a fi cea mai puţin dureroasă şi totodată şi cea mai bine tolerată de ţesuturi.

Natr. Salicy puriss 2 gr. 50 ctg. Cocaină Hydrocloric 0,07 ctg. Ser fiziologic 25 gr.

Soluţia trebue să fie sterilizată cu îngrijire prin thyndalizare, adică încălzind soluţia la 80° şi apoi răcind-o la 35° cu repetarea acestor operaţii de 4—5 ori.

Prepararea soluţiei se face cât mai apropiat de timpul întrebuinţărei ei, aceasta pentru a se evita alterarea salicilatului de sodiu, care se recunoaşte prin culoarea roz brun, pe care fenolul rezultat o împrumută soluţiei.

Am încercat soluţii mai concentrate ca şi soluţii mai diluate, dar pe toate le-am găsit mult mai puţin suportabile, primele prin concentrarea prea mare a medicamentului, celelalte prin volumul mare de lichid ce trebue introdus în ţesuturi. In plus soluţiile prea concentrate, pot cauza mortificarea ţesuturilor, mai ales atunci când sunt injectate în regiuni cu puţine ţesuturi moi, cum este sub pielea din jurul pumnului, a genunchiului, etc. Intreaga cantitate de salicilat de sodiu de 2 gr. 50 ctg. — 3 gr., se injectează într'o singură şedinţă, împărţită însă în 2—4 locuri. Astfel este la articulaţiile mari, ca umărul, şoldul, nervul sciatic.

In articulaţiile puţin voluminoase, se injectează 1—3 cmc. în 2—3 locuri, după volumul articulaţiei afectate.

In articulaţia umărului, injecţiile se fac anterior, posterior şi extern, câte 8 cmc.

La articulaţia coxo-femorală şi în reg. lombară se injectează posterior. In articulaţia genunchiului şi a pumnului, injecţia se va face intern, extern şi dorsal.

In sciatice, injecţia se practică în 2 şedinţe: în prima şedinţă se injectează în fesă şi în coapsă în trei locuri, în a doua şedinţă după 2—3 zile se va injecta în trei locuri, în jumătatea inferioară a nervului sciatic.

In articulaţiile mari, în sciatică în rumatismul muscular, injecţiile se fac în plin ţesut muscular, iar la articulaţiile mici, aceste injecţii se practică subcutanat.

Injecţiile se repetă cel mult odată după 7—10 zile. Când o durere rămâne neinfluenţată, după 2 injecţii, putem fi absolut siguri că durerea nu este de origină rumatismală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Care este cantitatea maximă de salicilat de sodiu, ce se poate
ı într'o singură ședință?
Profesorul Bouchard recomandă a se injecta în total cel mult
ctg. Al. Torbu injectează maximum în mai multe focare 1 gr.
g. Huchard și Fissinger injectează 1—2 fiole a 2 cmc. dintr'o
de 10%, adică în total 0,40 ctg.
Noi dăm ca cantitate utilă și totodată maximă, pentru articulațiile
sciatice, etc., 2 gr. 50 ctg. pentru femei și debili și 3 gr. pentru
bine desvoltați. Până la acest prag care poate fi socotit ca
ıum, nu am observat niciodată tulburări de intoleranță.
Depășind aceste doze, ne putem aștepta la lipotimii, tachicardii,
indicații certe, de debut al intoleranței sau a intoxicației sa-
.

Fenomene postoperatorii.

In general, atât timp cât salicilatul de sodiu este chimic pur, du-
este neglijeabilă și reacția locală și generală, neexistentă.
Pentru a face cât mai nesimțită durerea ce urmează injecției,
ıat obiceiul de a prescrie bolnavului dolantin sau morfină, în ca-
ce se administrează prima zi după injecție, în caz, de sigur,
durerea persistă.
Pe de altă parte cocaina conținută în soluție face ca aceasta
e foarte ușor tolerată atât în timpul injecției, cât și câteva ore
aceasta.
Dispariția imediată a durerei dată de afecția ce urmărim a com-
cum se observă în foarte numeroase cazuri, trebue a fi atribuită
nei și nu salicilatului de sodiu, a cărui acțiune oricât de promptă
puternică am presupune-o, nu se poate resimți decât cu mult
ârziu.
In lungul interval de când practicăm aceste injecții, numai arare-
m observat frisoane și ridicarea temperaturei până la 39°, pe care
e-am putut explica, decât prin eventualele impurități conținute în
latul de sodiu injectat.
Temperatura cade a doua zi la normal.
In 32 ani de când practic acest tratament, n'am avut decât un
r caz de supurație, în anul 1925, la un pacient căruia îi făcusem
ecție în regiunea fesieră, pentru o sciatică cronică.
Fiind unicul caz de supurație, între multele mii de injecții ce am
icat, nu am putea învinovăți de acest accident neplăcut, decât
impuritățile conținute în salicilatul de sodiu sau poate mai pe
, o technică greșită a farmacistului care a preparat soluția în
caz.

Indicațiile și contraindicațiile tratamentului.

Injecțiile cu salicilat de sodiu nu sunt în stare a se substitui în
tratamentului salicilic pe cale gastrică, cum au voit unii din pre-
sori, din prea mult exces de zel.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rolul acestei metode este numai de a completa lipsurile gastrice şi el este limitat numai pentru cazurile în care salicila sodiu, administrat pe cale bucală, este sau ineficace sau netoler cauza stărei precare fie a stomahului fie altor organe, care n îngădui dozele masive cerute de calea gastrică.

In general recomandăm acest tratament în reumatismele n'au putut fi vindecate de salicilatul de sodiu încercat sau în c cari au manifestat fenomene de intoleranţă faţă de dozele mari, cer de această cale.

Ţinându-se în seamă aceste două recomandaţii, se va put pune tratamentului: rumatismul monoarticular acut sau cronic; tismul poliarticular cronic la care însă să nu fie de tratat prea focare; rumatismul muscular, acut sau cronic; şi în fine nev rumatismale atât în faza acută cât şi în acea cronică.

Se contraindică categoric injecţiile de salicilat de sodiu în tismul poliarticular acut, pe care nu vom reuşi niciodată, nu nur vindeca, dar nici cel puţin a-l ameliora. In afară de aceasta un temeinic motiv a presupune că întrebuinţarea salicilatului de în injecţie, poate ocaziona în unele cazuri de rumatism polia acut, complicaţii viscerale.

Astfel la două din rumatismele poliarticulare acute, la c experimentat în 1913 şi 1914 acest tratament, s'au ivit complica diace foarte grave.

Vom arăta ulterior cum ne explicăm noi ivirea acestor con în urma injectărei salicilatului de sodiu în jurul articulaţiilor a

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Când injectăm salicilatul de sodiu într'un focar de rumati ticular acut, constatăm că, acest focar îşi strămută sediul în c ticulaţe, în decurs de 10—15 ore. Injectând salicilatul de s noul sau noile focare, acestea îşi vor schimba sediul în alte ari în acelaşi interval.

Continuând cu injectarea noilor focare, vom face sau ca fl să perigreneze, necontenit la noi articulaţii, pentru a reajunge ir foarte rare, în articulaţia cu care am debutat tratamentul sau ca să se instaleze, după un oarecare număr de injecţii în unul di nele centrale.

Noi am denumit strămutarea focarului rumatismul sub i salicilatului de sodiu, **transfer pasiv al rumatismului**, spre deose **transferul spontan al aceleiaşi afecţii** care ştim că are loc atât seori, în afară de orice tratament.

Transferul pasiv nu se întâlneşte decât în rumatismul acut. In toate celelalte feluri de rumatism, inclusiv rumatism articular cronic, n'am observat niciodată acest atât de curios f

Cum se explică transferul pasiv al rumatismului?

Salicilatul de sodiu are asupra virusului rumatismului poli acut o netă acţiune de repulsiune. Graţie acestei proprietăţi a med tului, virusul care se instalase anterior în articulaţia injectată desprins de ţesuturile invadate şi refulat spre altă sau alte regi

Transferul focarului rumatismal denotă că virusul aceste atât timp cât se află în stare acută, nu este distrus de acidul

care se formează în țesuturi în dauna salicilatului de sodiu, ci este numai desprins de țesuturile pe care se fixase și îndepărtat din regiunea injectată. Fiind pus astfel în stare de libertate, virusul devine apt a invada o altă articulație sau o visceră.

Cu alte cuvinte, medicația salicilică în prima parte a fazei acute, pe lângă proprietatea de a mobiliza virusul rumatismal, exercită și o acțiune de repulsiune, un veritabil chimio-taxism negativ, față de agentul nociv.

Această dublă acțiune a salicilatului de sodiu, adică aceea de descătușare a virusului și de repulzionarea lui, se atenuiază însă treptat, pe măsură ce ne îndepărtăm de prima parte a fazei acute, pentru a dispare cu totul în faza subacută sau de cronicitate.

Judecând după felul cum se comportă rumatismul acut și acel cronic față de tratamentul salicilic pe cale bucală și față de tratamentul cu salicilat de sodiu prin injecție, putem deduce că virusul acestei afecțiu își schimbă structura lui intimă, capătă noi proprietăți caracteristice, când trece de faza acută în acea subacută sau cronică. Astfel în aceste din urmă stări, el își pierde mobilitatea, fixându-se temporar sau definitiv de țesuturile articulare și abarticulare invadate.

In faza subacută și cronică, virusul nu este respins ca în starea acută de acidul salicilic format în țesuturi, ci este dimpotrivă acaparat pentru a fi uneori distrus, dar de cele mai multe ori numai neutralizat temporar de acest medicament. Deci între medicament și agentul patogen respectiv, are acum loc un fenomen cu totul contrar de cel observat în faza acută, adică un chimio-toxism pozitiv.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Eficacitatea medicației salicilice pe cale bucală, în rumatismul poliarticular acut, după noi, nu se va realiza decât atunci când salicilatul de sodiu va ajunge în organism și în special în țesuturile afectate la nivelul trebuitor de saturație și în același timp când virusul rumatismal va fi în stadiul când el pierde caracterele fazei acute, pentru a căpăta altele noi, adică acele de a se putea fixa stabil de articulațiile invadate și de a se prezenta sub o formă care îl va face ușor de încătușat și de făcut inofensiv, temporar sau definitiv, de salicilatul de sodiu.

Noi credem că numai sub această lumină se poate da o explicație plauzibilă acțiunei terapeutice a salicilatului de sodiu, administrat pe cale bucală în rumatismul poliarticular acut și în celelalte specii de rumatism.

Complicațiile viscerale la bolnavii de rumatism poliarticular pe care am experimentat, și de care am amintit mai sus, noi le atribuim numai salicilatului de sodiu injectat. Acesta punând virusul în libertate, îi redă starea de mobilitate accentuată ce o avea înainte de a se fixa de articulația tratată. Virusul recapătă astfel capacitatea de invadare, fie a organelor centrale fie a articulațiilor.

Salicilatul de sodiu ingerat, exagerează și el mobilitatea virusului rumatismal?

Sunt numeroase fapte, observate unele de noi și foarte multe altele de diverși autori, care ne îndrituesc a răspunde fără de ezitare, la această întrebare, în mod afirmativ.

Salicilatul de sodiu şi de sigur şi alte preparate salicilate, administrate pe cale gastrică, mobilizează virusul rumatismal acut, ca şi atunci când medicamentul a fost introdus prin injecţie.

Roger şi Dufour citează două cazuri de rumatism poliarticular acut, care tratate cu salicilat de sodiu, fluxiunile articulare dispar la un bolnav după 3 zile, iar la altul după 5 zile, pentru ca după alte 4—5 zile să capete simptome certe de reumatism cerebral, care a ucis bolnavii în câteva zile.

Courtois şi Suffis, descriu cazul unui bolnav care ingerând salicilat de sodiu, din timp în timp, capătă rând pe rând, aproape după fiecare doză nouă de salicilat de sodiu, endocardită, hematurie şi în fine fluxiuni acute articulare.

Totul însă intră în ordine, după suprimarea salicilatului de sodiu.

Suntem indiduiţi din cele ce cunoaştem, a presupune că salicilatul de sodiu ingerat, a provocat la primele două din cazuri moartea pacienţilor şi în cele din urmă diverse complicaţii, prin exagerarea mobilităţii virusului rumatismal.

Noi punem deasemeni în strânsă legătură cu această proprietate dăunătoare a salicilatului de sodiu ingerat, sporirea numărului de complicaţii viscerale la bolnavii trataţi cu această medicaţie, sporire care a fost constatată de un mare număr de autori, a căror competenţă în materie rămâne indiscutabilă.

Pribram, unul dintre autorii care au activat serios la răspândirea tratamentului salicilic, scrie:

„Atât este sigur că în acest timp (timpul tratamentului alcalinic), complicaţiile organice erau mai rare, evoluţia afecţiei mai trenantă şi mai dureroasă ca la tratamentul salicilic.

„Numărul endocarditelor era însă de 30%, pe când astăzi se ridică la 44%.

Singer, Dulberg, Dunsing, Roderus, Finley şi Lucas, Gilbett şi Smith, dau la tratamentul salicilic între 72% şi 58% complicaţii viscerale.

Furnival, Chambers, Dikenson, Thomson, Fuller, Senator, tratând rumatismele poliarticulare numai prin alcaline, au constatat complicaţii între 2% şi 10%.

In tratatul său asupra reumatismului, Nentzer spune relativ la aceste cifre:

„Acestea sunt diferenţe ce nu pot fi negate şi între autorii ce au dat aşa de mici cifre, sunt unii din acei a căror capacitate nu o poate pune nimeni la îndoială.

„Cum metodele de examinare de care s'au servit aceşti autori, sunt aceleaşi şi astăzi, nu ne rămâne decât o singură ipoteză; ca complicaţiile cardiace să fie mai frequente în prezent ca altă dată. Ori acest fapt nu poate fi probat".

Toate aceste cifre şi afirmaţii furnizate de autorii citaţi, converg spre o singură concluzie: numărul complicaţiilor viscerale la tratamentul salicilic pe cale bucală, este cu mult mai mare ca atunci când rumatismul poliarticular a fost tratat prin alte mijloace, sau a fost lăsat fără de niciun tratament.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şi nu putem explica acest fapt, decât prin proprietatea pusă de noi în evidenţă, pe care o are salicilatul de sodiu, de a provoca mobilitatea virusului rumatismal acut.

Prin urmare salicilatul de sodiu, oricare ar fi calea pe care se administrează el, mobilizează virusul rumatismal, şi deci contribue la sporirea numărului complicaţiilor viscerale.

Recidivele atât de frequente în rumatismul poliarticular acut şi cronic, după tratamentul salicilic ca şi după celelalte tratamente, ne arată că virusul acestei afecţii nu este distrus sau eliminat din organismul de către salicilatul de sodiu sau de celelalte medicamente întrebuinţate. După noi, virusul rumatismal, este în general numai neutralizat pentru un timp mai mult şau mai puţin îndelungat, după care interval, el îşi poate relua activitatea anterioară *).

* * *

Ineficacitatea salicilatului de sodiu pe cale bucală, în rumatismul poliarticular cronic cât şi în alte forme sau localizări rumatismale, se datorează după noi, pe deoparte, cantităţii insuficiente de salicilat de sodiu ajuns la nivelul focarului rumatismal, iar pe de altă parte, faptului că acest medicament nu se găseşte în condiţii prielnice de a-şi desfăşura acţiunea lui antirumatismală. In adevăr Pouchet a demonstrat că salicilatul de sodiu nu acţionează în interiorul ţesuturilor ca atare, ci numai după ce graţie mediului întâlnit în ţesuturile inflamate, se transformă în acid salicilic. Ori acea condiţie favorabilă de transformare, se poate găsi numai cu rumatismul poliarticular acut. In rumatismul poliarticular cronic prin injectarea salicilatului de sodiu loco dolenti, se produc în mod artificial în ţesutul injectat, fenomene asemănătoare inflamaţiei, care au ca efect de a pune în stare de libertate acidul salicilic din salicilatul de sodiu injectat.

Prin injectarea salicilatului de sodiu se transformă prinurmare un focar rumatismal cronic, într'un focar rumatismal acut.

* * *

Concepând în felul arătat până aci, însuşirile virusului rumatismal şi proprietatea salicilatului faţă de el, se va putea înţelege limpede pentru ce această medicaţie este eficace pe cale bucală în reumatismul poliarticular acut, pentru ce tratamentul salicilic pe cale bucală rămâne fără succes în rumatismul poliarticular cronic şi pentru ce salicilatul de sodiu injectat vindecă reumatismul cronic şi toate celelalte forme sau localizări rumatismale acute sau cronice şi în fine pentru ce injecţiile cu salicilat de sodiu sunt inapte de a aduce vindecarea în rumatismul poliarticular acut.

*) Metoda de tratament alcalino-salicilică cu doze masive, suficiente, de salicilat şi bicarbonat propusă de D. Prof. D. Danielopolu în reumatismul poliarticular acut a schimbat cu totul modul de comportare al virusului reumatismal faţă de organismul invadat şi faţa de tratamentul salicilic. Nota redacţiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Vom recapitula acum, rezultatele imediate şi cele îndepărtate, observate în lungul interval de timp de când aplicăm acest tratament, asupra diverselor specii de rumatism.

Eficacitatea salicilatului de sodiu, injectat, este în general foarte mult mărită. Simptomele inflamatorii dispar într'un foarte scurt timp, incomparabil mult mai curând, de cum se observă la salicilatul de sodiu administrat pe alte căi şi în special pe calea bucală. Durerea şi tumefacţia se ameliorează în câteva ore, pentru a dispare complect, în maximum două zile.

Este o adevărată imposibilitate ca simptomele arătate să perziste peste acest interval.

Când salicilatul de sodiu injectat, nu aduce vindecarea după una sau maximum două injecţii, este o indicaţie certă că afecţia în cauză nu este de origină rumatismală şi în acelaşi timp indicaţie precjsă de a părăsi tratamentul salicilic oricare ar fi calea pe care medicamentul ar fi introdus în organism.

Nu mai puţin mulţumitor este rezultatul în rumatismul poliarticular cronic, la care ştim că salicilatul de sodiu ingerat rămâne de regulă complect sau aproape complect inactiv.

Recidiva afecţiunei în regiunea injectată, este un fapt cu totul excepţional. In practica noastră îndelungată, pe acest tărâm, n'am întâlnit decât prea puţine cazuri de recidivă şi aceasta atunci când regiunea n'a fost injectată decât o singură dată.

Digitized by Central University Library Cluj

Recidiva are loc în orice caz, după cel puţin 10 luni.

Salicilatul de sodiu injectat conferă deci regiunei o adevărată imunitate, trecătoare în unele cazuri, definitivă în altele.

In rumatismul poliarticular acut, la care odinioară am încercat acest tratament, recidiva a survenit după 2—3 săptămâni.

In general la această specie de rumatism recidiva are loc în articulaţiile neinjectate; în al doilea rând la acele injectate o singură dată, şi în fine al treilea rând — un singur caz — în cazuri extrem de rare, la articulaţiile care au fost injectate de 2 ori.

Aceste fapte reliefează îndeajuns că, salicilatul de sodiu injectat posedă o eficacitate mult mai puternică ca a salicillatului de sodiu ingerat.

Salicilatul de sodiu injectat, desigur în limitele de care am vorbit, nu va da niciodată turburări toxice sau iritative. Chiar nefritele puţin avansate, nu dau astfel de tulburări, de asemenea gravidele, bătrânii, debili, etc., la care pentru tratamentul pe cale gastrică se recomandă o deosebită prudenţă, injecţiile de salicilat de sodiu sunt lesne tolerate. Resorbţia salicilatului injectat, făcându-se încetul cu încetul, nu va influenţa în mod dăunător organismul ori cari ar fi tara sau tarele de care suferă.

Din faptele numeroase, înregistrate în cursul atâtor ani de experimentare şi observaţie, putem trage prin urmare două concluzii principale şi certe:

a) Eficacitatea salicilatului de sodiu injectat, este mult mai intensă şi mult mai durabilă, ca aceea a salicilatului ingerat.

b) Salicilatul injectat nu prezintă inconvenientele salicilatului in-

* * *

gerat de a înrăuri în chip deleter asupra rinichilor, a stomacului, uterului cât și asupra bătrânilor și debililor.

Atunci când ne-am format convingerea că salicilatul de sodiu posedă proprietatea de a descătușa și respinge din țesuturile injectate, virusul rumatismal acut, ne-am gândit că s'ar putea folosi această periculoasă însușire a salicilatului de sodiu, pentru a evita sariocasele și totdeodată iremediabilele complicații rumatismale ale cordului. Astfel am presupus că punând cordul și învelișul lui în contact continuu și cât mai intim cu salicilatul de sodiu, am feri această viscera de invazia rumatismală pe tot timpul cât articulațiile membrelor ar suferi de această afecțiune. Salicilatul de sodiu ar ține astfel la distanță, ar apăra ca un paravan protector, inima și pericardul de acțiunea agresivă a virusului rumatismal.

Este o simplă ipoteză pe care nu am putut-o verifica în practică și încă mai mult, nu știu dacă o asemenea experimentare va fi în mod cert încununată de succes, cum ar părea îndestul de logic să ne așteptăm.

Tot ce am putut face în această privință în 1914—1915, a fost o serie de experiențe pe animale. Am injectat la câini salicilatul de sodiu în regiunea precordială, în pericard și în pleură. In ultimele cazuri câinii au prezentat frisoane, jenă respiratorie și urcare termică de 1—3 grade deasupra normalei.

Totul a intrat în ordine după 24—48 ore.

Făcând aceste experiențe nu am intenționat a le aplica întocmai la om. Tot ce am vrut a cunoaște prin ele a fost să știm care este toleranța pleurei, a pericardului și a cordului atunci când medicamentul este injectat în vecinătatea sau interiorul acestor seroase.

Rămâne de văzut în ce măsură aceste experiențe ar putea fi de folos în instituirea unui tratament preventiv pentru complicațiile cardiace.

In monografia ci'a'ă am încheiat cu cuvintele ce urmează imediat pe care le găsim potrivite pentru a încheia și acest articol. „O reușită tratamentului preventiv ce imaginăm, ar fi cea mai de seamă victorie a salicilatului de sodiu în genere și a therapeuticei afecțiilor cardiace, în special".

ANASTOMOZA „INTERANSIALĂ"*
CA OPERAȚIE COMPLIMENTARĂ SISTEMATICĂ IN REZECȚIA REICHEL-POIyA

de

D-r TRAIAN STOICOIU

La începutul chirurgiei gastrice, complicația imediată mai impresionată, deși nu cea mai frecventă, o constituia zisul „cerc vicios", cu diversele lui forme de manifestare

*) Expresiune propusă de autor pentru a înțelege Entero-entero-anastomoza Braun.

ênțeles cu multiplele lui cauze, în mare parte necunoscute nci.

In anul 1893, Braun realizează anastomoza între cele două ale gastro-entero-stomiei și o recomandă în cazurile ce pre-au simptomele unui „cerc vicios" postoperator.

El a fost inspirat de operațția lui Lauenstein, care făcuse nastomoză între ansa aferentă dilatată și o ansă jejunală, ă la întâmplare, pentru a combate aceleași neajunsuri post-atorii.

Rezultatele bune n'au întârziat să se arate, deoarece fe-enele de stază dispar și odată cu ele dispare suferința bol-ului, mărindu-se totodată posibilitatea de alimentare. Este ral însă, că în modul acesta, n'a fost tratată cauza stazei, urmările ei au dispărut cu regularitate, ceeace a determinat ea chirurgicală a timpului să acorde procedeului un mare it. Așa s'a ajuns la indicațiunea fistulei Braun ca anasto-i complimentară în gastro-entero-anastomoza ante-colică că i **Wolfler,** indicațiunea perfect valabilă și astăzi.

Impotriva ei s'au ridicat voci autorizate, bazate pe unele e și chiar pe dovezi experimentale, care afirmă că ea pro-ă ulcerul peptic, deoarece aduce sucul gastric acid în contact mucoasa jejunală, nepregătită și neapărată. Este sigur că asa celor două anse va suferi procese de iritațiune, atrofie ceratiune (Peterson), dar tot atât de adevărat este că, ante-ele acestor operați arată simptomele unei staze gastro-ale post-operatorii, adică un factor predispozant (Froulin), denotă că hiperaciditatea este un factor necesar, totuși icient în patogenia ulcerului peptic.

In general, se admite un procent de 2-5% ulcere peptice otalul operațiilor pe stomac.

Considerând că, o parte din aceste ulcere peptice sunt da-materialului irezorbabil, a cărui prezență a fost adesea atată la nivelul ulcerului; că, altă parte din ele, ar fi rea greșelilor de tehnică și într'adevăr, se știe că procentul ului peptic a scăzut odată cu perfecționarea technicei; că, te cu mult mai frecvent la bărbați (90%) decât la femei), adică ar interveni aci un factor endocrin; că, ulcerul e nu respectă nici-o vârstă, apărând la bătrâni de peste ni și la copiii sub 1 an:. că, se cunosc cazuri așa cum Delore, care au o „maladie ulceroasă" pe baza unor fac-de ordin general sau cum susține Hortolomei, că terenul un rol primordial: că, au fost ulcere peptice desvoltate sut pancreatic aberant (Müller): că, așa cum susțin chirur-mericani Balfour, Deaver, Judd, Wollsey și P. Duval, ul-peptic are originea în inflamația apendiculară mai rar infecțiunea mucoasei gastrice mai frecvent; că, stazei gastro-ale post-operatorii i se recunoaște un rol esențial în des-rea ulcerului peptic, atunci, în modul cel mai legitim și mare logică se pune întrebarea, câte procente mai rămân

Babeș-Bolyai University Library Cluj

pentru ulcerul peptic provocat de hiperclorhidrie din de 2-5%?

Vom fi obligaţi, în modul acesta, să reducem hiperaciditătii în provocarea ulcerului peptic la prop mai reduse, decât s'a afirmat la început, iar publi aceea a lui W. Heidbreder, care dă un procent de peptic după G. E. A. cu Braun, le vom acorda num ce le-o impune enumerarea cauzelor de mai sus, la adăugăm crearea unui „bas fond", în cazurile unde gura de anastomoză la nivelul cel mai potrivit.

Pentru a pune în lumina lor adevărată aceste adică asupra acuzei principală, adusă anastomozei tare Braun, se impune să ne oprim atenţiunea asupra despre care aceşti autori omit să amintească în publ

Cazurile operate n'au fost selecţionate după s ditătii şi operatorii n'au ţinut seama de acest elem la stabilirea indicaţiunii anastomozei Braun, căci, dac bolnavii cu hiperaciditate dela această intervenţie, derivaţiei complimentare sunt excelente, ea suprimând plicaţiile post-operratorii imediat şi tardive ce decur gastro-duodenală. Avantagiile acestea sunt recunoscu criticii metodei, atunci, când ei evaluează la 75% rez — ulcerele peptice erau restul de 25% — cu toate că selecţionarea cazurilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Derivaţia conţinutului duodenal devine chiar în cazurile de gastro-entero-stomie la indivizii cu a zută, pentrucă admiţând rolul aciditătii în fiziolog anastomoză, ar fi o greşeală ca aciditatea existen menajată la aceşti bolnavi. Ori jejuno-jejuno-stomi lizeze în mod ideal această protecţie.

Chiar dacă admitem pe Wheelon şi Thoma în lor judicioasă, că evacuarea stomacului este sub dep talismului — adică, ori de câte ori valul antral ajung acesta se deschide şi permite trecerea bolului alimenta acestea aciditatea gastrică are un rol în evacuarea şi aceasta, pentru faptul experimentàl observat la tinente, unde, după administrarea acidului clorhid vă apariţia ritmului de evacuare în ansa eferen utiv o prelungire a timpului de digestic gastrică.

Admiţând că toţi bolnavii propuşi unei int stomac, sunt studiaţi în prealabil din punct de ved smului gastric, operatorul are obligaţiunea să i aceste date atunci când stabileşte indicaţiunea pre rator, căci nu ne poate fi indiferent, dacă aliment numai în tranzit prin stomac sau dacă ele vor răm la realizarea unei digestii. Se ştie, că pe ansa ef mează un nou sfincter (Casé), care reţine conţinutul la digestie, permiţând ca şi sfincterul piloric natur ritmică prin ansa eferentă. Hortolomei şi Buţurean

erian la 3-4 cm. sub gura de anastomoză pe ansa

entru a lua calea medie, dar se observă destul de lim-
diferent dacă bila ajunge în stomac sau ea se drenează
roenteral, ulcerul peptic se desvoltă acolo unde terenul
nite şi unde cauza predispozantă cea mai favorabilă
mai mult.

toate acestea, susţinem că anastomoza Braun în
ostomie este o operaţie complimentară foarte utilă, de
chiar necesară şi că, dacă prin selecţionare, cazurile
iditate au fost scoase de sub indicaţie, am realizat
iune perfect justificată, cu urmări imediate şi îndepăr-
le mai fericite.

atistica noastră, cu 36 cazuri gastro-enterostomizate
tate cu fistuă Braun (C. E. P.) n'am avut nici-o
de stază gastro-duodeno-jejunală, n'a fost nici-o dată
vacuarea gastrică postoperatoare şi dacă s'a făcut
avut drept scop confirmare presupunerilor noastre.
avi sunt urmăriţi de 2 ani şi jumătate, fără a mai
suferinţă gastrică.

dacă mai târziu am fi nevoiţi să reintervenim într'un
lcer peptic la aceste cazuri, vom recurge la rezecţia
ia i-am pregătit un teren favorabil, adică o situaţie
ntero-entero-stomia gata făcută şi căreia îi vom pune
ia o ansă eferentă obişnuită cu contactul direct al
i gastric, transformând această laborioasă şi şocantă
tr'o intervenţie cu mult mai blândă.

marea experienţă a Profesorului Pop şi din bogata
a Clinicei Chirurgicale din Cluj, unde s'au rezecat
ele peptice numai după procedeul Roux cu modificarea
e să acceptăm această conduită ca cea mai convena-
ru acest motiv, operatorrul care se va găsi în situaţia
mai sus, după gastrro-entero-stomie cu fistulă Braun,
ste uşor avantajiile oferite de această situaţie favo-

ctul acestei publicaţiuni îl constitue însă, instituirea
aun la rezecţiile de stomac — cu excepţia procedeului
lh, — propunere plecată dela observarea unei serii de
izate de noi şi ale căror rezultate ne îndreptăţesc la
ea procedeului, pentru motivele ce se vor vedea.

la bontului duodenal este o complicaţiune foarte bine
de toţi cei ce-au operat rezecţie de stomac, căci ea
pe nici-unul dintre noi şi tocmai dela aceste neplăceri
rima noastră indicaţiune, de a asocia rezecţia Reichel-
nastomoza complimentară Braun. Era vorba de me-
turei bontului duodenal prin evitarea stazei duode-
tările noastre n'au fost desmintite de această derivaţie,
du-se destul de eficace, căci n'am mai avut fistulă du-

Biblioteca Centrală Universitară Library Cluj

odenală nici chiar după rezecţiile ulcerului perforat, u sutura duodenului nu s'a putut realiza decât dificil şi in ficient.

Observaţiile făcute pe 43 rezecţii Reichel-Polya com tate cu fistulă entero-enterală, ne-au obligat să recunoaştem şir nesfârşit de avantajii ale acestei metode, fapte ce se grupa în mai multe catregorii.

I. Fistula Braun va evita întotdeauna staza duode protejând astfel sutura bontului duodenal şi va scuti bolna de efectul stazei asupra pancreasului şi căilor biliare. Conţin duodenal nu se mai poate acumula în ansa aferentă, ceeace întâmpla mai ales în primele zile după operaţie. Stomacul va mai trebui să suporte şi prezenţa unei cantităţi zilnice circa 1000 grame în plus, lichid venit aci în mod inopor pe care adesea îl va elimina prin vome repetate.

Combaterea deshidratării postoperatorii este o preocup esenţială în tratamentul rezecaţilor. Evitând eliminarea li delor gastro-duodenale prin vărsăturile de degajare, am asigu utilizarrea unei cantităţi importante de apă şi dacă ar fi să-i cunoaştem numai acest avantaj; el ar fi suficient de puter pentru a se face unora dintre bolnavi o inndicaţiuni a opera complimentare.

II. Dacă la enterostomizaţi se putea pune problema ne sităţii unei neutralizări a aciditătii gastrice prin sucurile d duodenale alcaline, la gastrectomizaţi situaţia impune dim trivă menajarea secreţiei gastrice şi în special, a hipoclorhid rămasă după rezecţie, căci odată cu aceasta, intervin nea surile în motilitatea gurei de anastomoză şi tulburările în fi logia pancreatico-duodenală.

Hiposecreţia gastrică după rezecţie nu este datorită nu lipsei glandelor fundice, ea aparţine mai mult desechilibru hormonal dintre diferitele zone gastrice şi dispariţiei reflex excitatoare ca o consecinţă a rezecţiei antrului piloric.

Deşi teoria chimică (Pavlov), îşi micşorează din ce în mai mult valoarea, totuşi ritmul de evacuare este influen direct de aciditatea gastrică, ceace atrage pentru chirurg o gaţia de a ţine seama de competenţa chimică. Este foarte a vărat, că în majoritatea rezecţiilor se observă prea puţine i junsuri şi de cele mai multe ori numai senzaţia permanentă foame şi destul de rar diareea postoperatorie. In aceste caz derivaţiunea complimentară Braun, chiar dacă nu are posi tatea să combată hipoclorhidria şi hiposecreţia gastrică, da mod cert, evită accentuarea lor, lăsându-le în plus şi posi tatea de ameliorare, ceace nu se mai întâmplă gastrectomiz la care conţinutul duodenal trece prin stomac, el produ anaclorhidria tardivă, constatată la majoritatea acestor ope

Rezecţiile gastrice, în care conţinutul duodenal trece stomac, deşi nu prezintă simptome de deficienţă în dig au întotdeauna tulburări în digestia grrăsimilor (Danicico).

faptul că alimentele iau contact în stomac cu un mediu modificat de prezenţa secreţiilor alcaline este şi natural ca digestia lor să fie făcută după alte modificări chimice decât la rezecţia Péan sau Roux. Pentru a ameliora acest neajuns, am instituit anastomoza interansială la rezecţia Reichel-Polya, urmată de cele mai frumoase rezultate.

In legătură cu aceste constatări, s'ar putea admite că normalizarea evacuării prin gura de anastomoză la rezecaţi, care survine la un interval de câteva luni dela operaţie, să fie datorită deplasării sediului unor excitaţii din regiunea piloro-duodenală în jurul gurei de rezecţie şi în special pe ansa eferentă. Prin operaţia propusă de noi, se crează o situaţie fiziologică mai apropiată de cea normală, favorizând substituirea acestor centrii de excitaţie, datorită faptului că bolul gastric rămâne la o anumită calitate chimică, cu care era obişnuit pilorul şi mucoasa duodenală.

Pe cele 42 cazuri ale noastre, operate cu rezecţie Reichel-Polya complectată cu anastomoza interansială, examinarea radiologică, făcută între 30 şi 60 zile dela operaţie, ne-a arătat o evacuare ritmică cu reţinerea bariului timp de 40-90 minute, iar după amestecul bariului cu alimentele, evacuarea s'a prelungit până la 2 ore. Intre aceşti bolnavi n'am avut niciun caz cu evacuare „en torrent" de care vorbeşte P. Duval şi J. Ch. Roux. Deasemenea, la nici-unul dintre ei n'am găsit stază sau dilataţie în vre-una dintre anse.

In aceeaşi ordine de fapt, trebue luată în consideraţiune şi secreţia pancreasului, care scade imediat după operaţie în toate procedeeele de rezecţie, cu excepţia rezecţiei Péan-Bilroth 1, unde se menţine aproape la cantitatea anterioară operaţiei. Imprejurările nu ne-au permis să urmărim şi din acest punct de vedere cazurile noastre, dar din similitudinea fiziologică a acestui procedeu cu acela al lui Péan şi din mersul postoperator al bolnavilor, ne face impresia că este influenţată în bine şi secreţiunea pancreatică.

III. S'au publicat destule cazuri de invaginaţiunea eferentei şi rezolvarea lor şi-a găsit soluţia în instituirea unei anastomoze Braun. Privind faptul şi din acest punct de vederre, vom recunoaşte că o anastomoză Braun pune pe operat în afara riscului invaginaţiei.

Propuneri pentru operaţii derivative au mai fost făcute în istoria rezecţiei de stomac şi una din ele, chiar de către Reichel însuşi, care voind să combată umplerea retrogradă a ansei aferente şi staza duodenală consecutivă, a propus o duodeno-jejunostomie. Finsterer citează această propunere a lui Reichel, pentru a-şi susţine părerea, că circulaţia retrogradă în aferentă, se datoreşte schimbării continuităţii gastro-duodenale, care trece dela una verticală la una orizontală prin legea gravitaţiei. Buţureanu dă acestei complicaţii o explicaţie fiziologică, atunci

când afirmă, că după o rezecţie mai puţin largă, musculatura stomacului, căutând să-şi reia tonicitatea, provoacă o retracţiune cu deosebire a mari curburi şi consecutiv o orizontalitate a gurei de anastomoză, de unde vine şi o justificare în plus a propunerii pentru rezecţia largă.

Moynihan, Pauchet şi Birche au recomandat pentru chirurgii care preferă rezecţia cu anastomoză precolică, să facă întotdeauna şi o anastomoză entero-enterală complimentară.

După toate afirmaţiunile de mai sus, rezecţia Reichel-Polya transmezocolică posterioară completată cu anastomoza interansială, din punct de vedere fiziologic, are aceeaşi valoare cu rezecţia în Y, având asupra acesteia însă, avantajul de a fi mai puţin şocantă pentru bolnav şi mai puţin laborioasă pentru chirurg. In acelaş timp, în eventualitatea unui ulcer peptic, această rezecţie lasă posibilitatea ca ea să fie mai uşor transformată într'o rezecţie Y, numai cu simpla prevedere de a lăsa ansei eferente o lungime de 15-20 cm. între gură şi anastomoza interansială, iar pentru ansa aferentă fiind suficientă o lungime numai de 10 cm.

Timpul de operaţie va fi cu prea puţin prelungit la operaţia recomandată de noi, faţă de rezecţia simplă, căci execuţia acestei anastomoze se reduce numai la câteva minute, aducând în schimb atâtea avantaje, încât, acest sacrificiu de timp şi oboseală, trebue să devină acceptabil deopotrivă pentru bolnav ca şi pentru chirurg, deoarece scopul final al operaţiei este realizarea unei funcţiuni gastrice postoperatoare cât mai bună şi pe cât posibil mai fiziologică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După instituirea sistematică a anastomozei entero-enterale ca operaţie complimentară rezecţiei Reichel-Polya retrocolică posterioară, constatând că ea aduce reale şi nedesminţite avantaje operatului, credem că e bine ca ea să facă obiectul unei extinse verificări.

L'ANASTOMOSE „INTERANSIALE" *) COMME OPÉRATION COMPLÉMENTAIRE SYSTÉMATIQUE DANS LA RÉSECTION DE REICHEL-POLYA

L'utilité de la fistule Braun dans la gastro-entérostomie antérieure et dans la résection gastrique à l'anastomose antérieure antecolique est démontrée par des considérations d'ordre historique et grâce aux résultats de recherches ultérieures.

L'auteur publie 36 cas de gastro-entéro-anastomose transmésocolique postérieure où il a toujours institué une anastomose entre les deux anses jéjunales avec un succès presque toujours égal.

Il sélectionne les cas en étudiant des sécrétions gastriques et ne recomande cette opération complémentaire que dans le cas d'acidité normale ou sous-normale.

Il publie encore 42 cas avec la résection Reichel-Polya où il a

*) Expression proposée par l'auteur pour remplacer „l'entéro-entéro-anastomose" Braun.

pratiqué une anastomose complémentaire Braun. Il recommande cette opération originale d'une manière systématique dans toutes ces résections.

Cette méthode a à son appui les avantages suivants:

a) elle évitera la stase gastro-duodéno-jéjunale;

b) elle évitera la déshydratation de l'opéré, car on supprime les vomissements de dégagement et les évacuations à la sonde gastrique;

c) on ménage l'hypoclorhidrie de l'estomac amputé par un drainage direct entéral du contenu duodénal, en favorisant la motilité de la bouche et la digestion des azotates et graisses;

d) elle favorise le développement des autres centres de sécretion et reflexes autour de la bouche d'anastomose, en créant un niveau anatomo-physiologique ayant sa différence de réaction chimique au niveau de la bouche d'anastomose:

e) elle empêche un éventuel accident d'invagination par la bouche d'anastomose.

Vu ces avantages offerts par cette nouvelle méthode si originale, le malade aussi bien que le chirurgien doit accepter le petit sacrifice de faire prolonger le temps de l'opération de quelques minutes.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cazuri clinice

Clinica Chirurgicală din Cluj. Director: Prof. Dr. Alexandru Pop

Institutul de Anatomie Patologică din Cluj.
Director: Prof. Dr. Titu Vasiliu

NEURINOM AL REGIUNII SUPRACLAVICULARE

de

Dr. V. ILIAN, Dr. O. MAGDA şi Dr. TACHE COSTACHE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Neurinomul este o tumoare de natură benignă, care are punctul de plecare din teaca lui Schwann. El a fost descris pentru prima dată, ca o entitate anatomo-patologică aparte, de către Verocay în 1907, ca o tumoare specială a fibrelor nervoase. Aceste tumori, cu toată desvoltarea lor, uneori destul de rapidă şi cu o alură clinică malignă, sunt considerate totuşi ca tumori benigne din punct de vedere anatomic, întrucât ele rămân mult timp enucleabile, fiind susceptibile de a fi extirpate pe cale chirurgicală, fără a compromite funcţiunea nervului pe socoteala căruia s'au desvoltat. Din acest punct de vedere ele prezintă un interes chirurgical deosebit.

Cazul pe care îl raportăm este deosebit de interesant prin localizarea sa la nivelul plexului brachial, fiind un neurinom solitar, cât şi prin rezultatul terapeutic, chirurgical, excelent, extirparea tumorii putându-se face fără a compromite măcar în parte funcţiunea vreunui nerv brachial.

Bolnava B. A., de 61 ani, căsătorită, de profesiune casnică, din jud. Cluj, se internează în ziua de 15 Oct. 1946, în Clinica Chirurgicală din Cluj, pentru o tumoare situată în regiunea supraclaviculară stg., de volumul apropiat cu un cap de făt, însoţită de tulburări nervoase: dureri, parestezii şi furnicături în spate, axila şi braţul stâng.

In **antecedentele heredo-colaterale** ale bolnavei nu găsim nimic demn de remarcat. In antecedentele personale de asemeni nu găsim decât o malarie la 12 ani, care s'a repetat la 30 ani. Bolnava neagă alte boli.

Boala actuală, pentru care a venit în clinică, datează de 6 ani, debutând în mod insidios cu apariţia unei formaţiuni tumorale de mărimea

unei alune, localizată în fosa supraclaviculară stângă. Această tumoare a crescut apoi în mod lent şi progresiv, fără ca să producă bolnavei vreo tulburare, încât putea să-şi vadă de ocupaţie. Inainte cu câteva luni, tumoarea ajungând la mărimea unui pumn de adult, bolnava a început să prezinte dureri destul de vii în regiunea supraclaviculară cu iradieri în spate, axila şi braţul stâng. Pe lângă aceste dureri, bolnava prezenta parestezii şi furnicături de-a-lungul membrului superior stâng. Progresiv, în raport cu mărimea tumoarei a ajuns la mărimea apropiată cu a unui cap de făt, iar durerile au devenit aproape continue, încât nu mai putea munci, ceea ce o determina să se interneze în serviciul clinicei.

La examenul obiectiv general, constatăm că organele interne toraco-abdominale sunt normale.

La **examenul local**, în regiunea supaclaviculară stângă constatăm prezenţa unei tumori de mărimea unui cap de făt. Tegumentele deasupra tumorei sunt mai destinse, fără să prezinte alteraţiuni inflamatorii sau de altă natură. La palpare se constată că tumoarea este de consistenţă dură, cu suprafaţa destul de regulată, prezentând numai câteva ridicături. Mobilitatea tumoarei este destul de redusă, fiind aderentă la planurile profunde printr'o bază largă de implantare. In timpul compresiunii tumoarei sau încercărilor de mobilizare a ei, bolnava acuză dureri vii şi furnicături în spate şi axilă, cu iradieri în braţul stâng.

La **examenul radiologic** se constată că plămânii sunt de aspect normal hilii fiind mai bogaţi. Diafragmul liber. La cord se constată că ventricolul stâng este uşor reacţionat.

Reacţia Wassermann negativă.

In 23 Oct. 1946, sub anestezie locală, se face **intervenţia chirurgicală**. Se face o incizie oblică la nivelul fosei supraclaviculare stângi, dela nivelul apofizelor transverse cervicale în spre extremitatea externă a claviculei. După secţiunea pielei şi ţesutului celular subcutanat cu pielosul, se secţionează fascia cervicală superficială şi se pune în evidenţă o tumoare de consistenţă dură fibromatoasă, cu suprafaţa uşor neregulată, cu mobilitate foarte redusă, tumoarea insinuându-se între planurile profunde ale regiunei supraclaviculare. Se procedează la eliberarea progresivă a tumoarei, care se face cu foarte mare dificultate, din cauza raporturilor întinse cu ramurile plexului brachial. Se constată totuşi că tumoarea posedă o capsulă conjunctivă proprie, subţire, care pare să o delimiteze destul de bine de ţesăturile din jur. Procedând la o disociere foarte îngrijită a cordoanelor plexului brachial, care înconjurau tumoarea la suprafaţă, ca un manşon, fiind puternic resfirate prin volumul mare al tumoarei, reuşim cu foarte mare greutate să eliberăm progresiv fiecare cordon nervos în parte. Cu această ocazie constatăm că trunchiurile nervoase sunt respectate de tumoaare, aderenţele întinse dintre acestea fiind numai faţă de teaca perinervoasă. Căutând să eliberăm faţa profundă a tumoarei, care se întinde în jos în spre domul pleural, insinuându-se sub claviculă, în contact cu vasele mari dela acest nivel, am fost nevoiţi să recurgem la rezecţia claviculei. După această rezecţie am obţinut o cale largă de acces. care ne-a permis apoi să eliberăm şi faţa profundă a tumoarei care avea raporturi întinse de vecinătate cu domul pleural şi vasele subclaviculare. Reuşim în acest fel să extirpăm tumoarea în întregime, cu întreaga ei capsulă conjunctivă. După o hemostază îngri-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

R.P.R. Biblioteca Universitară

jită, facem osteosinteza claviculei cu un fir de metal, apoi refacem planurile anatomice ale regiunii subclaviculare şi totdeodată închidem plaga operatorie, lăsând câteva meşe în cavitatea rămasă după enuclearea tumoarei, pentru a asigura oprirea hemoragiei parenchimatoase, care nu a putut fi stăpânită.

Tumoarea extirpată are o mărime aproape cât un cap de făt. Consistenţa este dură, fibroasă, iar pe secţiune suprafaţa apare albă-roşcată, asemănătoare cu aceea a fibroamelor. **Examenul istologic** făcut la Institutul de Anatomie Patologică din Cluj, ne-a dat următorul rezultat: In secţiunile făcute din piesa trimisă, la periferie se constată o capsulă formată din lame de ţesut conjunctiv compact, în parte fibrozat, cu o bogată vascularizaţia capilară şi vase de calibru cu pereţii hialinizaţi în parte. Porţiunea centrală a piesei este formată din celule alungite, dispuse în fascicole, dintre care unele paralele, altele încrucişate, iar cele mai multe dispuse sub formă de vârtejuri, cu nucleii intens colorati cu hematoxilină, dispuşi în palisadă, iar protoplasma intens acidofilă. Intre fascicolele celulare se găesse fibre colagene ce despart fascicolele de mai sus. In alte porţiuni substanţa interstiţială este în predominanţă, dând piesei un aspect reticular. (Fig. 1). Este vorba de o tumoare nervoasă, un **neurinom**, fără caractere de malignitate.

Evoluţia postoperatorie a fost prelungită, din cauza unei supuraţii produsă la nivelul plăgii, după o lună dela internare, bolnava părăseşte clinica pe cale de vindecare. In 31 Martie 1947, bolnava revine pentru scoaterea firului de osteosinteză. După operaţie forţa şi libertatea mişcărilor membrului superior stâng au revenit la normal. Paresteziile şi furnicăturile au dispărut complect. Local, cicatricea este suplă, nedureroasă, iar reliefurile anatomice regionale sunt normale. La controlul radiologic pulmonar se constată o hipertransparenţă a câmpilor pulmonari, cu discretă scleroză hilară. Diafragmul liber. Cord normal. Aorta opacă şi încurbată. In 1 Arpilie, sub anestezie locală, se scoate firul de osteosinteză. După câteva zile, bolnava părăseşte clinica vindecată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După lucrarea lui Chreselden din 1740, tumorile nervoase au format obiectul a numeroase discuţiuni, atât prin infinita lor varietate, cât şi prin evoluarea ideilor asupra structurii nervilor.

In 1882 Recklinghausen a descris un sindrom clinic, caracterizat prin tumori cutanate multiple, cu pete pigmentare şi tumori multipe ale nervilor periferici, pe care l-a numit neurofibromatoză şi pe care l-a considerat ca o boală de sistem. După părerea lui Recklinghausen tumorile nervoase erau considerate drept fibroame plecate din ţesutul conjunctiv perinervos, care disociază pur şi simplu fibrele nervoase, care se atrofiază. El atribuia sistemului nervos numai un rol secundar, de purtător al acestor tumori. Concepţia lui Recklinghausen s'a menţinut mult timp, fiind susţinută de majoritatea autorilor, în frunte cu Ribbert şi Wirchow, care considerau drept fibroame marea majoritate a tumorilor nervoase.

Bard în 1885 are meritul de a fi stabilit natura nervoasă a acestor tumori, pentru el neurinoamele fiind produsul celulelor nervoase care intră în constituţia firelor nervoase şi care sunt însăşi celulele mielinice.

Durant adoptă şi completează concepţia lui Bard în sensul că

PLANSE

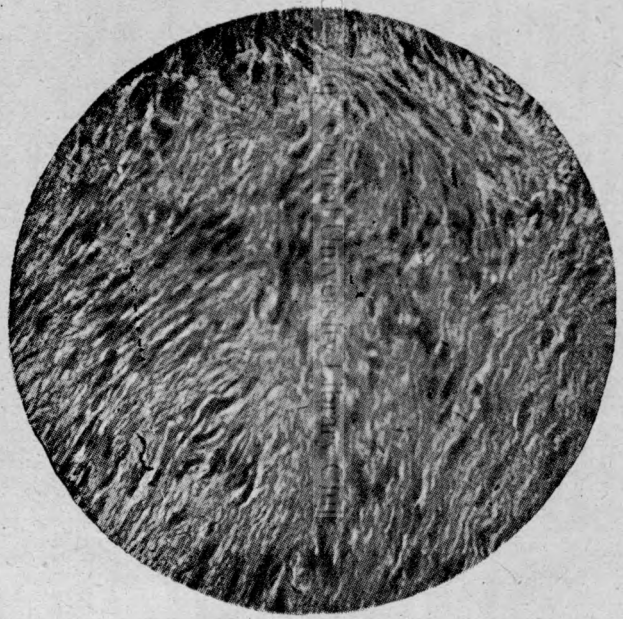


Fig. 1

BCU Cluj / Central University Library Cluj

segmentul interine'ar al fibrei nervoase are valoarea unei fibre nervoase complete şi că ci'indraxul nu este decât o porţiune diferenţiată, iar proliferaţia independentă a acestor celule nu poate fi cu nimic paradoxală şi poate duce la formarea de tumori. Nevromele adevărate sunt deci tumori desvoltate pe seama celulelor segmentare, neuroblaste periferice. In decursul desvoltării aceste celule pot suferi metaplazii conjunctive, mixomatoase sau adipoase.

Nageotte consideră colagenul din structura neurinoamelor ca un produs al celulelor lui Schwann, iar nu de origine mezenchimatoasă.

In 1907 **Verocay** introduce termenul de neurinom, individualizându-l ca o tumoare particulară a fibrelor nervoase, specifică pentru ţesutul glial, rezultată din proliferaţia celor lui Schwann.

După cunoaşterea caracteristicelor anatomo-patologice ale neurinomului, au apărut şi alte cazuri descrise în literatură de către **Herxheimer şi Askanazy, Freifeld, Pick şi Bielschowsky.** In 1920 **Antoni** studiind tumorile medulare conservate, care au fost extirpate într'un interval de 50 ani, a putut descrie 21 cazuri de neurinom.

In 1922 **Sammer** făcând un studiu de sinteză, a putut aduna din literatură 35 cazuri, care împreună cu 2 cazuri personale, s'au ridicat la 37.

De atunci şi până astăzi cazurile de neurinom publicate în literatură s'au înmulţit în mod simţitor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In România **Hortolomei şi Burghele** au publicat un neurinom al stomacului în 1937 în Zentralblatt für Chirurgie, iar **Bejan, Bojiţia şi Pop** un neurinom retroperitoneal în 1946 în Mişcarea Medicală Română.

In ceeace priveşte locul de încadrare al neurinoamelor în cadrul mare al tumorilor nervoase, ele intră în grupul tumorilor nervilor periferici.

Dintre diferitele clasificări, cea mai clară pare a fi aceea a lui **Roussy şi Oberling.** După aceşti autori tumorile sistemului nervos se împart în 2 grupuri mari şi anume: 1. tumori ale centrilor nervoşi şi 2. tumori ale nervilor periferici.

In grupul tumorilor nervilor periferici putem distinge 3 varietăţi, după structura istologică şi anume: a) **Neurinomul**, descris de **Verocay** cunoscut şi sub numele de Schwannom **(Masson)** sau gliom periferic **(Lhermitte şi Leroux)**, format din celulele lui Schwann sau glia periferică. b) **Nevromul** adevărat sau nevromul, format din neurite, adică din fibre nervoase adevărate şi. c) **Fibromul nervilor**, desvoltat din ţesutul conjunctiv al perinevrului, având o structură identică cu a fibroamelor desvoltate în alte organe.

Wirchow distinge următoarele 3 forme de tumori nervoase benigne: **nevrome pure, nevrome mixte**, în care participarea ţesutului conjuctiv este într'o cantitate destul de apreciabilă şi **nevrome false**, ce sunt tumori desvoltate pe traectul fibrelor nervoase în grosimea ţesutului interstiţial al nervilor, constituite numai din ţesut conjunctiv, fie fibros, fie mixomatos, fie sarcomatos.

După **Sammer** neurinomul se poate încadra într'un grup comun cu neuro-fibromul, gliomul, endoteliomul şi scleroza tuberculoasă a creerului, fiind echivalente unul altuia şi trebuind să fie privite ca

exteriorizări diferite ale unei aceleaşi tulburări de desvoltare. Aceéa tulburare distrofică, congenitală, atingând cu o anumită electivitate ţesutul de susţinere neuro-ectodermic, poate produce manifestări diferite, de boală.

Neurinomul trebue să fie privit ca o entitate nosologică aparte, diferită de neurofibromatoza lui Recklinghausen, având un caracter de neoplasm mai restrâns, deci nu o boală de sistem, Singura corelaţie cu boala lui Recklinghausen constă, ca şi la gliom şi endoteliom, în posibilitatea apariţiei simultane a tuturor acestor forme tumorale.

După **Sommer** trebue făcută o diferenţiere netă între neurinom şi neurofibrom. Neurinomul este un produs al gliei şi nucleilor lui Schwann, pe când neurofibromul este o înmulţire tumorală a peri — şi endonevrului.

In privinţa **originei** neurinoamelor, se ştie că ele sunt tumori nervoase de origină ectodermică, neavând nimic mezodermic. Ele iau naştere printr'o proliferare anormală a nevrogliei, datorită fertilităţii celulelor tecei lui Schwann, care şi ea însăşi este de origine ectodermică.

Drept cauză a desvoltării tumorale, Verocay considera o tulburare în desvoltarea embrionară a sistemului nervos, celulele iniţiale ale acestuia putând să formeze atât celule gliale şi ganglionare, cât şi fibre nervoase. Celulele tecei lui Schwann sunt acelea care produc figuri nucleare tipice, precum şi substanţa fundamentală protoplasmatică şi chiar celule ganglionare, ele fiind răspunzătoare de tabloul tumoral. Părerea lui Verocay s'a afirmat şi în mod clinic, prin faptul ca nervii optici şi olfactivi, singurii nervi lipsiţi de teaca luj Schwann, sunt respectaţi aproape întotdeauna în caz de neurofibromatoză multiplă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Herxheimer, Askanazy şi **Roth** susţin părerea lui Verocay, că neurinomul are punctul de plecare din celulele lui Schwann, însă menţionează că ţesutul de legătură ar avea influenţă mare asupra formării tumorilor, putând să se nască şi forme mixte, de neurofibroame. La aceste forme mixte participă, pe lângă celulele lui Schwann şi celulele ţesutului conjunctiv al endo — şi perinevrului, endoteliile tecilor limfatice şi nervoase, cât şi celulele capsulare ale celulelor ganglionare.

Herxheimer, pe de altă parte, a atribuit sistemului nervos simpatic o importantă participare în boala lui Recklinghausen.

Freifeld, bazându-se pe cercetări embriologice, afirmă că în neurinoame, apariţia tablourilor nucleare are drept origine ganglionii simpatici. El vede în formaţiunile în ghirlandă sau în vârtej ale neurinoamelor, o unitate de structură, care presupune o reînapoere hipertrofică a rozetelor neuroblastelor embrionare, care în ganglionii spinali şi nervii cranieni, iau forme asemănătoare cu acelea din sistemul nervos simpatic.

Astăzi toţi autorii sunt de acord a considera neurinoamele ca fiind de origine congenitală.

Verocay şi **Sommer** consideră ţesutul conjunctiv din structura neurinomului ca secundar, iar dacă totuşi apare în cantitate mare, dominând tabloul istologic, trebuie interpretat ca o tumoare mixtă, provenită din aceeaş celulă matcă.

Astăzi există un acord complet în a considera celulele lui Schwann

ca celule matcă ale nervilor periferici, aceste celule ale lui Schwann fiind elemente nevroglice periferice.

Anatomia patologică. Neurinoamele sau gliomele periferice sunt tumori de natură benignă, care se pot desvolta pe întreg traectul sistemului nervos periferic cerebro-spinal, cât şi simpatic. In mod teoretic se pot desvolta în orice loc unde există fibre nervoase, fie pe trunchiurile nervoase solitare, fie în grosimea diferitelor organe (stomac, glanda mamara, piele, etc.).

Ca origine neurinomul poate proveni dintr'un trunchiu nervos mare (acustic, sciatic, cubital, etc.) sau fir nervos minuscul, încât originea nervoasă nu poate fi constatată decât microscopic. Cele mai frecvente localizări le întâlnim pe traectul nervului acustic, aceste neurinoame fiind cunoscute sub numele de tumori ale nervului acustic **(Sternberg)** sau tumori ale unghiului ponto-cerebelos. Alte localizări frecvente se întâlnesc în canalul rachidian, la nivelul rădăcinilor spinale posterioare **(Antoni)** sau la nivelul tubului digestiv, în special în grosimea peretelui stomacului. Se mai poate întâlni neurinomul în limbă, piele, precum şi în sistemul nervos simpatic.

Neurinomul de cele mai multe ori apare în mod solitar, însă adeseori el poate fi multiplu, prezentându-se în număr mare la un individ, câteodată generalizat, dând tabloul boalei lui Recklinghausen; alteori se prezintă ca mărgelele înşirate pe o aţă, moniliform (nevrom plexiform, Rankenneurom). Alteori, în fine, neurinomul poate fi însoţit cu alte tumori înrudite, ca gliome sau meningoblastome, neurofibrome şi scleroza tuberoasă a creerului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Macroscopic neurinoamele se prezintă ca tumori de mărimi variabile dela un bob de meiu până la un măr sau chiar un cap de făt. Au un aspect asemănător unui fibrom, având o consistenţă dură.

Ele pot avea o formă sferică, fuziformă, ovoidală, cilindrică sau moniliforme, fiind situate dealungul fibrelor nervoase, fie în axul lor, fie pe laturi. Suprafaţa este de cele mai multe ori regulată, însă adeseori prezintă formaţiuni nodulare, buclate sau tuberculi, cu ridicături, încât îi dau un aspect neregulat. La suprafaţă ele sunt învelite de o capsulă fibroasă conjunctivă, destul de rezistentă, care se continuă la cele două capete cu perinervul nervului normal.

Pe secţiune suprafaţa apare albă şi uscată sau sub forma a două ţesuturi complet diferite, care sunt unite împreună şi prin distribuţia lor neregulată dau un aspect pestriţ, bălţat. Aspectul secţiunei apare de cele mai multe ori fasciculat, dispus în vârtejuri, ceeace face ca de multe ori să fie greu de deosebit de fibroame. Destul de des se pot întâlni şi formaţiuni pseudo-chistice.

Aspectul **microscopic** variază după cum este vorba de un nevrom propriu zis sau de un gliom periferic (Schwannom).

Nevromele propriu zise sunt constituite din o hiperplazie a tecilor lui Schwann, cu prezenţa neuritelor. La rândul lor, ele pot fi mielinice sau amielinice, ultimele' întâlnindu-se pe traiectul nervilor simpatici. La formarea lor contribuiesc toate elementele unui nerv. Sunt formate de o întretăere de fibre, adeseori în vârtejuri, cu o teacă mielinică subţire, imperfectă, adesea moniformă şi discontinuă. In pre-

parate se distinge cilindraxul, teaca mielinică, teaca lui Schwann, iar între ele celule alungite cu un nucleu fuziform sau ramificat. In cele amielinice se observă lipsa tecei de mielină.

Gliomele periferice sau Schwannomele sau neurinomele pure sunt formate din o proliferaţie a celulelor nevroglice. Nu nervul complet este cel care proliferează, ci numai teaca lui, fiind deci nevroame aneurilice, cele mai comune şi frecvente nevrome periferice. Faptul că la prima aparenţă par să fie constituite numai din ţesut conjunctiv mai mult sau mai puţin lax, le face să fie greu de recunoscut, ceeace l-a determinat pe Recklinghausen să le interpreteze ca fibroame, deşi în realitate acest ţesut tumoral este constituit din nevroglia Schwanniană.

In secţiunile istologice făcute din neurinoame se constată o structură variată, după cantitatea de ţesut conjunctiv care participă la tabloul structural. Celulele neurinomului au o formă alungită, de panglică, sunt aşezate unele lângă altele, anastomozate între ele, cu o citoplasmă fină, fibrilară, acidofilă şi un nucleu fuziform, puternic colorat. Adeseori nucleii sunt multiplii, observându-se în aceeaş celulă 2—3 nuclei, iar protoplasma alungită şi cu un aspect moniliform, ce dă impresia unei segmentaţii. Celulele se grupează în fascicole paralele sau încrucişate sau în forma de vârtejuri, aspect caracteristic acestor neurinoame. Inmulţirea celulară făcându-se prin clivaj longitudinal, nucleii se dispun sub formă de lanţ sau de palisadă sau de scară, iar protoplasma nu conturează net fiecare celulă, ceeace face să ia un aspect sinciţial, sub forma unui fascicol compact, cu o dispoziţie în palisadă a nucleilor. In mod secundar celulele se izolează în o masă colagenă omogenă şi continuă să se înmulţească în aceeaş manieră, de unde rezultă lame colagene, care conţin între ele celule lungi fuziforme, paralele între ele, după care aceste lame se încurbează, se divid, se întretaie, formând noduli policiclici, în care se recunoaşte dispoziţia palisadică a celulelor. Când nodulii devin voluminoşi porţiunea centrală se atrofiază, sufere o degenerare, dispare şi centrul lor devine numai colagenic. Adeseori se găsesc vârtejuri celulare grupate în noduli policiclici, la care prin clivajul elementelor neoplastice, se produc aspecte lameloase, cu nucleii dispuşi în vârtej (Masson).

Nodulii cu celulele palisadice sunt patognomonici şi nu se întâlnesc decât în neurinoamele periferice. Din această proliferaţie a elementelor nevroglice rezultă o disociaţie din ce în ce mai marcantă a fibrelor nervoase înglobate, mielina dispare, în jurul lor luând naştere un strat colagen compact şi omogen.

In alte cazuri aspectul tipic al neurinomului lipseşte, dispoziţia celulelor tumorale fiind mai puţin caracteristică. Astfel se pot găsi celulele tumorale îngrămădite fără ordine precisă şi formând zone de aspect reticulat sau mixoid, bogate în serozitate cu reacţia chimică a mucusului (mixom al nervului), asemănătoare tabloului gliomelor centrale.

Destul de des găsim în constituţia neurinoamelor prezenţa de fibre colagene. Cantitatea de ţesut colagen variază după stadiile de desvoltare ale tumorii, putând apărea chiar predominantă faţă de elementele tumorale propriu zise, nervoase. Originea acestui ţesut co-

lagen nu este mezenchimatoasă, ci el provine din celulele lui Schwann, care sunt capabile, în anumite împrejurări, să producă colagen (Nageotte).

Neurinomul pur este caracterizat deci printr'un ţesut glial specific, testul conjunctiv fiind slab reprezentat. Dacă totuşi ţesutul conjunctiv poate apărea în masă predominantă, el trebue interpretat ca o tumoră mixtă, provenită din aceeaş matrice (Nageotte, Verocay, Sommer).

Stroma neurinoamelor este foarte bogată în vase, care au un perete colagen bine individualizat, adeseori îngroşat şi hialinizat.

Simptomatologia clinică a neurinoamelor este variabilă, fiind în raport cu localizarea lor.

Neurinoamele se observă cu o frecvenţă aproape egală la ambele sexe survenind în deosebi la tineri şi indivizi de vârstă mijlocie, mai rar la copii şi bătrâni.

In general simptomele sunt identice cu acelea ale altor tumori, fiind traduse prin semnele de compresiune asupra organelor vecine, determinate de prezenţa tumoarei.

In localizările dela baza craniului, precum şi în cele din canalului rachidian, neurinomul determină sindromul cunoscut al tumorilor bazei craniului, respectiv al tumorilor acusticului, cât şi sindromul de secţiune a măduvei. Compresiunea organelor nervoase se face în mod lent şi progresiv crescând, fără ca aceasta să reprezinte ceva specific pentru neurinom.

In localizările mai periferice, atât timp cât compresiunea fibrelor nervoase nu este prea accentuată, simptomatologia se reduce numai la prezenţa tumoarei. Tumoarea are o consistenţă dură şi de obiceiu o formă rotunzită sau ovoidală, cu suprafaţa regulată sau uşor neregulată, cu tuberculi şi noduli, având un aspect buclat. Contururile tumoarei sunt destul de bine delimitate.

Creşterea tumoarei se face în mod lent. In urma creşterii apar fenomene de compresiune nervoasă, care se traduc prin ivirea spontană a paresteziei în parcursul nervilor, furnicături, dureri de tip nevralgic, cu caracter iradiant sau dureri surde şi continui, cu exacerbări sub formă de paroxisme. Prin compresiunea tumorii durerile se intensifică şi iradiază dealungul nervilor respectivi.

Evoluţia neurinoamelor se caracterizează în mod general printr'un mers lent, comportându-se deci ca nişte tumori benigne.

In localizările intracraniene sau intramedulare, neurinomul ia un caracter de gravitate particulară, în urma compresiunii exercitate asupra centrilor nervoşi.

In localizările supraclaviculare, de la nivelul plexului brachial, prin creşterea progresivă a tumoarei şi compresiunea asupra plexului brachial, se poate ajunge la o paralizie completă a membrului superior.

In mod excepţional neurinomul poate deveni invadant şi destructiv şi să recidiveze după ablaţie. In acest caz, structura istologică arată caractere de atipie, arătând structura unui neurinom malign.

Prognosticul neurinoamelor în general este bun, deoarece prin extirparea lor se poate obţine vindecarea definitivă.

In cazurile în care extirparea tumoarei nu se poate face decât cu rezecţii nervoase, precum şi în localizările centrale, intracraniene sau intrarachidiene, prognosticul este mai rezervat.

Diagnosticul neurinomului este extrem de dificil, în general el fiind un diagnostic anatomo-patologic, întrucât din punct de vedere clinic nu există niciun simptom patognomonic. Sediul anatomic al tumoarei şi raporturile ei cu un nerv, ne pot face, cel mult, să bănuim un neurinom. In toate cazurile trebue să căutăm cu multă grijă dacă nu sunt prezente semnele unei neurofibromatoze Recklinghausen.

Tratamentul neurinoamelor nu poate fi decât chirurgical, constând în ablaţia tumoarei, pe cât posibil fără rezecţie nervoasă. Operaţia ideală constă în enuclearea tumoarei prin disociere, fără a secţiona fibrele nervoase.

In caz când există raporturi foarte intime între tumoare şi trunchiurile nervoase, suntem nevoiţi adeseori să facem o rezecţie nervoasă. Rezultatul operator în acest caz poate să fie tulburat de fenomenele produse prin această rezecţie nervoasă.

In cazul nostru, deşi tumoarea avea conexiuni foarte intime cu rădăcinile plexului brachial, totuşi prin o disociere făcută cu foarte mare prudenţă, am reuşit să extirpăm tumoarea în întregime, fără a recurge la rezecţii nervoase, obţinând în acelaş timp un rezultat funcţional perfect, bolnava păstrându-şi neatinse atât motilitatea, cât şi sensibilitatea membrului superior.

Les auteurs communiquent un cas de neurinom de la région susclaviculaire gauche, se présentant chez une malade de 61 ans. La tumeur, de la grandeur d'une tête de foetus, était de consistence dure, peu mobile et adhérait aux plans profonds. La malade présentait des signes de compression nerveuse, manifestées par des douleurs et des fourmillements dans le membre supérieur gauche.

Ouoique en contact etroit avec le plexus brachial, la tumeur a été extirpée tout entiere sans résection nerveuse. L'examen histologique confirme le diagnostic de neurinom.

Cinq mois après l'intervention la malade semble parfaitement guérie et ne présente aucun trouble nerveux.

Les auteurs font quelques considérations étio-pathogéniques, anatomo-pathologiques, cliniques et thérapeutiques sur les neurinoms.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

Alamartine: Neurinom al sciaticului operat cu conservarea nervului. Lyon chirurgical, vol. 27, pag. 79.

Amano M.: Asupra a 2 cazuri de neurinom al simpaticului cervical. Zentralblatt für Chirurgie, vol. 61 (934), pag. 78—83.

Coenen Hermann: Neurinomul. Die Chirurgie 1939 (Kirschner — Nordmann), vol. II, pag. 84—87.

Diebold Otto: Asupra neurinomului simpaticului cervical. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, vol. 245, pag. 58—62.

Hortolomei şi Burghele: Contribuţiuni la studiul neurinomului stomacului. Zentralblatt für Chirurgie, vol. 64 (1935), pag. 2822—2825.

Bejan, Bojitia şi Pop: Neurinom gigant abdominal retroperitoneal Mişcarea Medicală Română. Anul XIX (1946), Nr. 11—12, pag. 786—791.

Nestmann F.: Istologia neurinoamelor. Wirchow's Archiv. vol. 215, pag. 645-654.

P. Lecène—P. Moulonguèt: Pathologie Chirurgicale, vol. I. Paris 1937, pag. 704-707 şi 393-396.

Roussy — Oberling: Anatomie Pathologique. Paris 1933, vol. II. pag. 1267-1272.

R. Sommer: Asupra tumorilor rare ale sistemului nervos periferic. Zentralblatt für Chirurgie. 1922 pag. 616; Starea actuală a problemei neurinomului. Beiträge zur klinische Chirurgie, vol. 125 (1922), pag. 694-720

Titu Vasiliu: Anatomie Patologică Clinică, Cluj 1939, pag. 840-841.

Sanatoriul C. F. R. „Ilie Pintilie" — Marila (Caraş)

UN INTERESANT ASPECT RADIOLOGIC PULMONAR CONSECUTIV INHALĂRII DE GAZE IRITANTE.

de

I. CRĂCIUN. N. PŞEGALINSCHI şi VIRGILIU GOLLI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diversitatea şi multiplicitatea afecţiunilor pulmonare este suficientă pentru a înţelege dificultatea ce o întâmpină uneori medicii în stabilirea unui diagnostic etiologic. Această dificultate s'a accentuat în ultimul timp prin sporirea numărului afecţiunilor pulmonare, datorită desvoltării industriei şi accidentelor pe care aceasta le-a favorizat.

Cazul pe care-l publicăm în articolul de faţă pune o serioasă problemă din acest punct de vedere.

Iată foaia de observaţie clinică:

D. D-tru Ş., de 44 ani, de profesiune paznic CFR, se internează în Sanatoriul „Ilie Pintilie" la 14 Martie 1948, transferat dela Sanat. Bisericani.

Boala a debutat în toamna anului 1946 cu răguşeală, tuse şi expectoraţie minimă şi uşoară dyspnee la efort. Consultând un medic pentru răguşeală, este examinat radiologic şi i se semnalează leziuni pulmonare bilaterale, stabilindu-i-se diagnosticul de laringită bacilară, şi recomandându-i-se internarea într'un Sanatoriu. La ex. repetat al sputei nu i s'au găsit BK. Diferite ex. laringologice nu au putut specifica natura exactă a laringitei. In aceste condiţiuni este transferat în Serviciul nostru.

In trecutul bolnavului nicio afecţiune pulmonară. La internare bolnavul prezintă o stare generală excelentă, afebril, cu tuse şi expectoraţie minimă. Singurele acuze sunt dysfonia, care se accentuează şi dyspnee. Exam. pulmonar: submatitate la ambele vârfuri. Extrem de numeroase raluri ronflante şi sibilante asupra ambelor hemitorace. Subcrepitante în ambele reg. supra şi subclaviculare. Ficatul depăşeşte cu 2 degete rebordul costal. Splina percutabilă pe 3 laturi de deget. In rest nimic deosebit. La exam. radiologic

pulmonar apar imagini macro-nodulare bi'aterale, nesimetrice. Nodulii sunt inegali, cu contururi nu prea nete. Mărimea şi forma lor variază. De asemeni condensări difuze. Pe alocuri zone de hypertransparehţă, în special la baze. Spaţiile intercostale mărite. Ambele diafragme festonate. (Fig. n. 1).

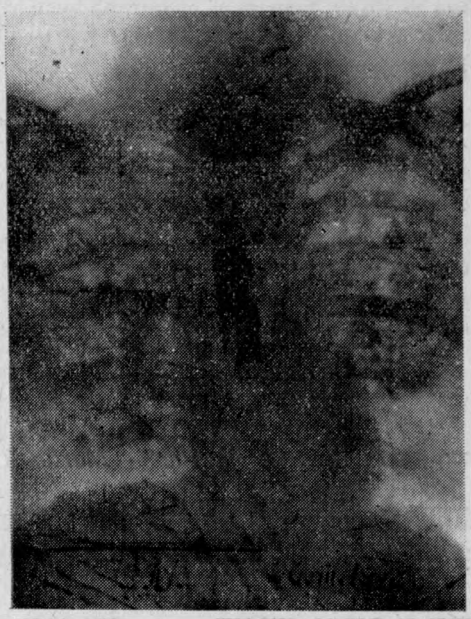


Fig. 1

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu se găsesc BK în spută atât la ex. direct cât şi prin omogenizare. Capacit. vit. 2500 cc. Hemograma arată: 4.800.000 hematii pe mmc.; hemoglobina 65%; 7800 leucocite pe mmc. Reacţia BW în sânge negativă.

* * *

In faţa acestui aspect ni s'a părut că diagnosticul de tuberculoză pulmonară nu este corect, având în vedere starea generală a bolnavului contrastantă cu bogăţia imaginilor pulmonare, lipsa de simptome specifice, în afară de o dyspnee pe care o putem pune pe seama afecţiunii laringeene ca şi absenţa constantă a BK în spută şi am trimis bolnavul la Policlinica C.F.R. din Timişoara, serv. ORL. Ex. laringologic: „Formaţiuni tumorale multiple pe ambele coarde vocale — papilomatoză laringeană?" (D-r Bodea Eugen).

Am încercat în aceste condiţiuni să stabilim un diagnostic pozitiv, căutând să eliminăm toate afecţiunile care prezintă un aspect asemănător cazului nostru.

Dela început am spus că o tuberculoză pulmonară este puţin probabilă, prin discordanţa dintre starea generală şi aspectul radiologic pulmonar şi lipsa constantă a BK în spută. Am exclus un sifilis pulmonar, prin lipsa unor manifestări specifice în antecedente, Wasserman negativ

și caracterul afecțiunii laringeene, care este asociată afecțiunii pulmonare nu pledează pentru un sifilis pulmonar. Problema unei actinomycoze s'ar putea pune, dar starea generală ar fi alterată, iar sputa ar fi fetidă și ar conține mycelii. In plus ea este de regulă unilaterală și actinomycoza pulmonară primitivă este foarte rară **(Bezancon)**. Maladia lui Hodkin poate avea un aspect radiologic asemănător, dar aici predomină simptomele generale — care în cazul nostru lipsesc — afectarea ganglionilor și evoluția fatală a acestei maladii într'un timp destul de scurt. Maladia lui Besnier—Boeck—Schaumann ar putea fi iarăși incriminată, dar în acest caz am avea leziuni cutanate și ganglionare asociate. Neoplasmul pulmonar metastatic generalizat cade întrucât nu există neoplasmul primitiv. In sfârșit, o pneumokonioză oarecare ar putea fi pusă în discuție prin imaginile pulmonare, dar ocupația bolnavului împiedecă un asemenea diagnostic.

Neputând ajunge astfel la un diagnostic, am căutat să revedem condițiunile în care a apărut boala. Am aflat cu acest prilej că cu câteva luni înainte de apariția răgușelii, bolnavul a luat parte la un fapt neobișnuit. Fiind paznic la C.F.R., a auzit din alarma ce s'a dat că o ladă a luat foc în magazia de mărfuri B.M. Din ladă emana un fum gros și gaze sufocante, flăcările atingând înălțimea de 3—4 m. Focul n'a putut fi stins cu apă și nisip. Venind la fața locului, bolnavul nostru a aruncat haina peste ladă, a luat-o în brațe și a scos-o afară, unde a putut fi stinsă. Pentru acest fapt de curaj a fost recompensat.

Interesându-ne ce anume substanțe erau în acea ladă, am aflat că erau niște medicamente printre care: anhidridă acetică, oxalat de amoniu, cloroform, formaldehidă, carbonat de amoniu, ac. fosforic, hidrochinană, floroglucină, etc. (Dos. No. 169.063 D.G. al C.F.R.).

CC-BY-NC-SA Universitatea Babeș-Bolyai Library Cluj

După ce am înlăturat toate afecțiunile ce pot avea un aspect radiologic similar cazului nostru și ținând seamă că bolnavul nu a avut în trecut nicio afecțiune pulmonară și boala a apărut după acest accident, am ajuns la concluzia că inhalarea bruscă și masivă a gazelor iritante ce s'au degajat prin focul ce l-a luat lada amintită, a determinat apariția maladiei. In spre această etiologie ne îndreaptă și caracterul de neoplasm benign al laringelui, care poate fi explicat cu ușurință printr'o iritație a căilor aeriene superioare.

Cazurile publicate în literatură, consecutiv inhalării de gaze iritante sunt destul de reduse ca număr, aceste afecțiuni fiind cunoscute cu prilejul primului război mondial când au fost introdușe gazele în luptă, și prin industrializarea masivă ce se desvoltă în ultimul timp și care a dat naștere la unele manifestări toxice pulmonare. Ele arată că afecțiunile pulmonare ce se produc pe aceasstă cale au prin excelență un debut acut. Curând după inhalarea gazului iritant — după 24—48 ore — bolnavul are dyspnee, febră, tuse, uneori hemoptizii și radiologic apar procese congestive sau nodulare bilaterale, pe aproape toată aria pulmonillor. Evoluția este în genere rapidă, putând duce în formele broncho-pneumonice la exitus în câteva zile, sau la o restitutio ad integrum prin dispariția oricăror simptome și semne radiologjce după 5—10 zile, rămânând numai mici sequele și anume, modificări sub formă emfizematoasă și scleroasă **(J. Stehpani)**.

La bolnavul nostru caracterul deosebitor este că boala a început fără aceste simptome şi ea a fost o descoperire radiologică ca o urmare a dysfoniei ce s'a manifestat mai întâi şi se menţine şi astăzi. Evoluţia este lentă, torpidă, cu stare generală excelentă şi procesele congèstive sau nodulare ce s'au produs probabil la început, nu s'aù şters ci aù luat o tendinţă proliferativă fibro-scleroasă, determinând în acelaşi timp un emfizem compensator, tradus prin bogăţia sgomotelor supraadăogate.

De altfel **Even, Lecoeur** şi **Kembart**, publicând recent trei cazuri de inhalaţii de vapori nitric-nitroşi şi două de vapori amoniacali, nu exclud existenţa unor forme subacute şi trenante, pe care însă nu au avut ocazia să le observe.

Din literatura ce am avut-o la dispoziţie, noi nu am putut găsi un caz asemănător, atât prin modalitatea de declanşare a boalei cât şi prin evoluţia ei. Accidentul excepţional suferit de bolnavul nostru i-a determinat apariţia unei maladii pulmonare cronice, de o formă ireversibilă, însă cu o stare generală foarte bună.

Ceea ce putem presupune — fireşte cu rezervele cuvènitè — este că s'ar putea ca leziunile pulmonare ce au drept cauză iritaţia căilor aeriene extra şi intra-pulmonare de către gazele ce au emanat din lada aprinsă, să fi căpătat un caracter neoplazic benign ulterior, făcând apropierea de papilomele laringeene ce au apărut consecutiv aceleaşi cauze. Aceasta însă nu poate fi decât o supoziţie, căci posibilităţile de confirmare nu pot exista decât anatomo-patologic.

Made in Romania / Digitized by Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Cluj

Il s'agît d'un malade, âgé de 44 ans, qui a subi un accident, dans lequel il a inhalé brusquement une quantité massive de gaz suffocants. Cet accident lui a produit ultérieurement l'apparition d'une dysphonie, qui, à cause des lésions pulmonaires étendues, a été considérée bacillaire. Mais la discordance frappante entre l'état général excellent et la richesse des images radiologiques pulmonaires, avec une bacilloscopie constamment négative, exclue un tel diagnostic. Il est probable que l'aspiration des gaz suffocants a provoqué l'apparition des images pulmonaires si étendues. Ce qui caractérise les cas publiés dans la littératura sur les maladies pulmonaires produites par l'aspiration des gaz irritants, c'est le début aigu la toux, là dyspnée, la fievre et la disparition en quelques jours de tous les symptômes et signes radiologiques. L'intérêt particulier du malade présente — d'ailleurs seul de ce genre dans la littérature — est qu'il a fait sa maladie lentement, avec l'absence de symptômes manifestes et la conservation d'un état général excellent. L'évolution torpide de la maladie a déterminé une marche proliférative des lésions pulmonaires et une tenance vers la fibro-sclérose.

Maternitatea Spitalului de stat Lugoj
Medic Primar Dr. E. Cristescu

TETANOS POST ABORTUM

de

D-r E. CRISTESCU și **D-r VALERIU PĂUNESCU**

Tetanosul, poate apărea destul de des, după avorturile criminale. Cu toate că în țara noastră avortul se practică pe o scară destul de întinsă, în literatura medicală română au fost descrise foarte puține cazuri.

Redăm cazul nostru:

F. O., Nr. 587 din 8 Dec. 1946.

Femeia C. I., în vârstă de 26 ani, din com. F., jud. Severin, se internează în serviciul nostru în dimineața zilei de 8 Dec. 1946, cu diagnosticul de: infecție puerperală.

Antecedente eredocolaterale: fără importanță.

Antecedente personale: Fiziologice: menarca la 16 ani, menstruația regulată la 28 zile, în cantitate mică și cu o durată de două zile.

Obstetricale: 'două nașteri duse la termen, niciun avort.

Patologice: fără importanță.

Istoricul boalei actuale: Văzând că nu-i vine menstruația de două luni, și fiind văduvă, caută să-și îndepărteze această sarcină nedorită, prin introducerea în uter a unei rădăcini de nalbă.

Digitized by Babeș-Bolyai University Library Cluj

In ziua de 4 Dec., cu mare greutate își face singură această manoperă, după ce mai înainte, pretinde, că a spălat rădăcina foarte bine. A doua zi, în 5 Dec., începe să piardă sânge, iar în ziua de 6 Dec. având și dureri se adresează unui medic, care-i curăță cavitatea uterină și-i administrează două injecții. Simțindu-se tot mai rău, în ziua de 8 Dec., se internează în spital.

Examenul general: De constituție stenică, cu tegumentele și mucoasele palide.

Aparatul respirator: Mișcări respiratorii ample, libere; murmur vezicular: 16 respirații pe minut.

Aparatul circulator: Cordul în limite normale, sgomotele cardiace bine bătute, puls 72 pe minut; tens. art. Vaquez-Laubry Mx. 10, Mn. 7.

Aparatul digestiv: Nimic patologic.

Sistemul nervos: Pupile egale se acomodează bine la lumină și distanță; reflexele tendinoase normale.

Aparatul genital: Organele genitale externe nu prezintă nimic deosebit. La examenul cu speculul, colul de mărime normală, cu o mică echimoză pe buza superioară. Din orificiu extern al colului se scurge o serozitate serosanghinolentă. La tușeu colul ramolit, uterul globulos, moale, în ante versie flexie, sensibilitatea mărită în fundurile de sac laterale și la mișcările de lateralitate ce se imprimă uterului. Temperatura 37,2. In aceiași zi i se administrează 6 tablete de prontozil și un centimetru vaccin polimicrobian Cantacuzino. Seara are frison și temperatură 39.

In ziua de 9 Dec. 1946, temperatura 37,4—37, bolnava acuză dureri

în regiunea sacrată. Continuă tratamentul cu pronotozil. Din col se scurge foarte puţină serozitate sero-sanghinolentă. Seara i se pune un supozitor cu extract de beladona 0.02.

In ziua de 10 Dec., temperatura 37,2. I se fac 2,5 cm. vaccin polimicrobian. Bolnava acuză dureri în regiunea sacrată; continuă tratamentul ca şi în ziua precedentă. In ziua de 11 Dec., temperatura 36,4—37,5. Durerile în regiunea sacrată se menţin. Bolnava umblă, are poftă de mâncare şi nu prezintă nimic deosebit.

In ziua de 12 Dec., bolnava afebrilă. Durerile din regiunea sacrată s'au mai accentuat, regiunea lombară este de asemeni dureroasă şi la mişcări simte dureri şi în muşchii dorsali. A doua zi (13 Dec.), vine la vizită ajutată de o femeie şi prezintă o contractură a muşchilor lombari şi dorsali, luând o atitudine lordotică forţată (opistotonus). Ai impresia că bolnava cade pe spate.

Ginecologic uterul este complect involuat, secreţia sero-sanghinolentă a dispărut, fundurile de sac uterine sunt puţin sensibile la palpare.

Faţa palidă, paliditate caracteristică de smochină, cu trăsături ce schiţează un uşor râs sardonic. In timpul nopţii nu a putut suporta lumina, deci a avut o uşoară fotofobie.

Bazaţi pe tabloul clinic de mai sus şi ţinând seama de antecedente, îi punem diagnosticul de **tetanos post abortum** şi îi facem tratamentul după indicaţiile Institutului Cantacuzino cu ser antitetanic 600.000 u. intramuscular şi 2 cmc. anatoxină tetanică. Complectăm tratamentul cu cloral hidrat în poţiune 12 gr. pe zi şi injectăm intramuscular 30 cmc. sol. sulfat de magneziu 25%. Acest tratament îl urmează zilnic până în ziua de 18 Dec., când repetăm 2 cmc. anatoxină tetanică. Bolnava este afebrilă, dar durerile din masele musculare dorso-lombare au mai cedat. Se continuă tratamentul cu anatoxină în zilele de 20 Dec. 3 cmc., 26 Dec. 4 cmc., 30 Dec. 4 cmc., 3 Ian. (1947) 4 cmc., 8 Ian. 8 cmc. Am repetat deci dozele de anatoxină până la complecta vindecare.

In toate cazurile de tetanos post abortum, bacilul este adus din mediul exterior prin diferite instrumente improvizate sau obiecte, insuficient sterilizate, cum ar fi: bucăţi de fier, sonde de cauciuc sau metal, laminarii, rădăcini de nalbă, de pătrunjel, fus, etc. S'au citat cazuri când s'a declanşat tetanosul şi după injecţii intrauterine cu apă şi săpun. (Rotschild, Balthazard, Commandeur).

Prof. Kernbach şi Dachnovici descriu un caz confirmat şi prin examenul de laborator după autopsie. Era vorba de o femeie gravidă în luna doua-treia, căreia o moaşă i-a introdus o bucăţică de fier în uter. După trei zile dela această manoperă au apărut dificuităţi respiratorii şi opistotonus, iar în ziua a noua a sucombat.

Dr. P. Georgescu descrie trei cazuri, dintre care la unul făcându-se autopsia nu s'au pus în evidenţă bacili tetanici.

In literatura streină Bouchart a reuşit să strângă în teza sa 261 cazuri, iar Mondor 50 cazuri.

In cazul nostru diagnosticul de tetanos era foarte evident,

atât din cele relatate de bolnavă cât şi din simptomatologia ce a prezentat. Sunt însă cazuri când la începutul boalei diagnosticul diferenţial trebue făcut în special cu afecţiunile acompaniate de trismus şi uşoară rigiditate a cefei, afecţiuni dentare, osteite ale maxilarului inferior, abces retro-faringian, etc.

In perioada de stare diagnosticul se face cu meningita cerebro-spinală la care nu avem trismus, reumatismul poliarticular acut, intoxicaţia cu stricnină. Histeria şi tetania sunt destul de uşor de recunoscut.

In forma hidrofobică se distinge de turbare prin pauzele dintre accesele convulsive, când musculatura este complet relaxată şi lipseşte trismusul.

Mériel trecând în revistă tetanosul post abortum constată următoarele trei forme:

1. Tetanosul supra acut, ce apare după o incubaţie de trei zile şi are o evoluţie de şase zile, fiind de un prognostic sobru.

2. Tetanosul cronic cu o incubaţie de 8—12 zile.

3. Tetanosul intermitent, o formă caracterizată prin contracţii violente a faringelui şi glotei, numit şi tetanosul hidrofobic (Worms).

Credem împreună cu S. Wolgemuth şi Scheider, că în toate avorturile criminale este necesar un tratament antitetanic preventiv. Jean Quenu face mai întâiu ser preventiv şi numai după aceia admite bolnavele în serviciu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tratamentul curativ trebue făcut şi local. Curetaj, când sunt resturi placentare, urmat câte odată şi de spălătură intra uterină. In orice caz, tratamentul general cu doză masivă unică de ser antitetanic şi anatoxină ce se repetă la intervale regulate şi în doză crescândă, este obligatoriu.

Lenormant în Presse Médicale din 1941 spune că nu e suficient să administrezi numai ser antitetanic, (după el trebue aplicat 350.000 u. ser deodată), ci chiar să se ridice uteru în întregime, deoarece este un focar de infecţie.

Bellanger şi Rudler mai recent (1943), la Academia de Chirurgie, au precizat că ridicarea uterului să se facă în primele 48 de ore dela debutul simptomelor. Numai astfel bolnavele au şanse mai mari de a scăpa. Histerectomia să fie făcută pe cale abdominală. Dacă tetanosul este o formă supra acută, sau e declarat de mai multe zile, intervenţia pe cale abdominală este inutilă şi e mai bine să se renunţe la ea.

Anatoxinoterapia accelerată a fost preconizată de Guy, Seille şi Pertuizet, care au vindecat două cazuri de tetanos post abottum la cinci zile după declararea tetanosului, făcând o doză unică de 200.000 U ser antitetanic şi anatoxină administrată din sfert în sfert de oră după următoarea schemă:

In prima zi a făcut două serii de 1/10, 3/10, 5/10, 6/10, 7/10 cmc., a doua zi două serii care au urcat până la 1 cmc., a patra zi 1 cmc. şi 1,5 cmc., a şasea zi 2 cmc., a opta zi 3 cmc., a zecea zi 4 cmc.

Autorul verificând valoarea acestei metode la Institutul Pasteur din Paris, pe două femei, a pus în evidenţă în sânge, anatoxine tetanice, după a zecea zi dela începutul tratamentului.

Demne de reamintit sunt cazurile lui Boudreaux, care a avut ideia fericită de a infiltra cu novocaină (sol.) cei doi nervi maxilari (inferiori, după care trismusul a cedat. Contractura musculară tetanică cedează numai la narcoza profundă, însă Boudreaux după injecţia cu novocaină a obţinut dispariţia trismusului în mod temporar şi astfel bolnavii lui s'au putut alimenta.

Putem asocia concomitent cu tratamentul specific (ser, anatoxină) şi pe cel cu penicilină. Felul cum acţionează penicilina asupra bacilului şi sporului tetanic nu se cunoaşte precis. Levaditi susţine că nu ar avea decât putere bacteriostatică, iar Gardiner crede că numai sporul ar fi sensibil la penicilină.

Prognosticul în tetanosul după avort este în general foarte grav. Cu cât perioada de incubaţie este mai scurtă, cu atât prognosticul este mai grav. Vinay dă o mortalitate de 88,67%, Sepet 86%, Auvray şi Frantz 85,36%, iar Joris din 51 cazuri de tetanos după avort găseşte numai 12 vindecări, deci o mortalitate de 76,47%.

„Spitalul Militar Sibiu" — Medic şef: Dr. A. Mavru

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CAZURI UŞOARE DE ENDARTERITĂ OBLITERANTĂ DUPĂ TIFOS EXANTEMATIC

de

D-r C. MIRCIOIU şi D-r C. SÂRBU

Arterita acută obliterantă constitue una din complicaţiile tifosului exantematic. Recunoscută de toţi autorii ca rară, ea este totuşi întâlnită, aproape permanent, în mai toate epidemiile, înglobând un număr mai mare de cazuri.

De remarcat că, în timp ce în statisticile de tifos exantematic din timpul războiului trecut, complicaţia apărea cu mult mai rar, (Danielopolu n'a întâlnit nici un caz din cele 608 cazuri tratate, Costinescu un singur caz din cele 350 cazuri tratate), în grupele epidemice din timpul actualului război complicaţia este permanent întâlnită ce-i drept cu un număr mic de cazuri. Aşa încât, începând cu lucrarea „Tratamentul chirurgical al arteritelor acute exantematice" de D-r I. Juvara şi D-r E. Gerota, publicată în Revista de Chirurgie No. 3/6/1944, în mai toate revistele medicale apar articole amintind aceste complicaţii. Fără îndoială observaţia lui Cantacuzino—Gaulejac asupra influenţei predispozante a înghetării picioarelor în gangrena extremităţilor după tifos exantematic, îşi găseşte aplicarea şi în înmulţirea cazurilor observate, cunoscut fiind că toate iernile acestui război au fost ierni grele. De altfel, se ştie acum, că şi dacă frigul nu produce prin el însuşi imediat le-

ziuni vizibile, el lasă totuşi o labilitate vasculară, care ajută, la ivirea unui moment prielnic, apariţia manifestărilor arteriale. Trebue să semnalăm, că toţi autorii amintiţi îndepărtează dela început din preocupările lor „sindromul extremităţilor" manifestare periferică a intoxicaţiei organismului, cu care Danielopolu crede că se poate confunda arterita post-tifică.

Ceea ce caracterizează din punct de vedere anatomo-patologic arterita este inflamaţia straturilor arteriale, însoţită de formarea unui tromb, care determină ulterior turburări circulatorii mai mici sau mai mari, după teritoriul pe care vasul obstruat prin tromb, îl irigă. Analiza anatomo-patologică a nodulului lui Frankel a arătat specificitatea alteraţiunilor vasculare în tifosul exantematic şi afinitatea acestei afecţiuni pentru artere. Alteraţiunile găsite într'o pată exantematică excizată se găsesc în toate organele în măsură diferită, aşa încât Kurt şi Nicolle vorbesc despre „eine Sistemerkrankung der kleinen Arterien". Faptul că arteritele se manifestă în special în arterele de tip mijlociu şi mic şi nu în arterele mari, se datoreşte faptului că pe lângă leziunea arterială, împrejurări locale anatomice de încetinirea curentului sanghin (cuburi, pinteni) şi patologice (modificări sanghine, scăderea tensiunii) favorizează fixarea trombului şi obliterarea consecutivă, în timp ce în marile artere intensitatea curentului sanghin poate mobiliza cheagul.

La aceste considerente în legătură cu arteritele tifosului exantematic, mai trebuesc adăugate două probleme care completează, dând mijloace noui de înţelegere, evoluţiei ulterioare a acestora.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prima problemă ce trebue pusă, urmează să stabilească întrucât la alteraţiile determinate de agentul patogen specific (în cazul dat agentul tifosului exantematic) se adaugă alteraţiuni produse şi de alţi agenţi patogeni rămaşi până atunci nemanifeşti, dar profitând la momentul oportun, de factorul rezistenţei scăzute în urma maladiei de bază. Din acest punct de vedere, evoluţia înspre gangrena umedă trebue căutată în această împrejurare, ea fiind datorită infecţiei şi putrefacţiei ţesuturilor modificate prin flora aerobă sau anaerobă.

Cea de a doua este una de fizio-patologie arterială, după care artera obliterată joacă rolul unei spine iritative care determină reflexe neuro-vegetative paradoxale inversate (Bard), deci o vaso-constricţie spasmodică a reţelei colaterale, amplificând astfel alteraţiunile produse de obliterarea anatomică iniţială. Din cunoaşterea acestui fenomen neuro-vegetativ, datorită lucrărilor lui Leriche, se trag toate concluziile de ordin terapeutic privind arteritele.

* * *

Majoritatea cazurilor de arterite după tifos exantematic descrise în ultimul timp au fost cazuri grave care s'au sfârşit cu gangrene întinse ducând la amputaţie sau chiar la moarte. De altfel, după Langeron, 85% din arteritele de natură infecţioasă duc la gangrenă, iar 40% la moarte. Iar în ceea ce priveşte tifosul exantematic, mortalitatea în care survine această complicaţie este între 70—78% (Haţieganu, Roger).

Având două cazuri de endarterită obliterantă după tifos exantematic, de formă uşoară cu evoluţie lentă, în anul 1944—45 la Spitalul Militar Sibiu, le semnalăm aici:

Obs. I.: Soldat H. I. 21 ani se internează la 20/VIII/945 pentru temperatură ridicată, dureri vii articulare, cefalee, frison, inapetenţă, stare generală rea.

A. H. C. A. P. = nimic deosebit.

Boala actuală datează de 5 zile şi à început brusc cu dureri vii în membre, mai ales la nivelul închheturilor. Durerile sunt extrem de vii şi orice încercare de mobilizare chinueşte bolnavul. Aceste fenomene se însoţesc de cefalee; temperatură înaltă, transpiraţii abundente.

Examen obiectiv. Starea generală alterată. Facies vultuos. Temperatură 39,3. Pulsul 116/minut. Articulaţiile uşor tumefiate, mai ales la membrele inferioare, foarte sensibile la atingere. La ascultareà pulmonului, câtevà ràluri bronsice. Cord, între limite normale, sgomote ritmice, tachicardiace, ceva mai surde 116/minut. T. A. 12-7 1/2. Buzele arse, limba saburală, mobilă. Abdomen suplu fără puncte sensibile. Ficatul, splina nu sunt mărite. Leucocite 8300. Hematii 3.450.000. Viteza de sedimentare 63-102 mm la 2 ore. Nu prezintă exantem. Urina. A = urme. P. Z. negativ. Sediment: rari cilindrii hialini şi granulari, rare hematii.

Reacţia Vidal, Weil-Felix = negative.

In urma acestor examinări, mai ales la o viteză de sedimentare àşà de crescută, accentul simptomatologic căzând pe durerile articulare, cu atât mai mult cu cât cazul era singuratec, bolnavul rămâne cu diagnosticul de reumatism acut şi este tratat ca atare. Boala evoluiază cu temperatură mare şi aceleaş fenomene timp de 5 zile. In ziua 6-a dela internare bolnàvul acuză dureri cu mult mai vii la nivelul articulaţiei tibio-tarsiene stângi, iradiind spre degetul mare cu senzaţie de furnicare şi amorţeală. In aceiàşi zi, degetul se răceşte şi deasupra articulaţiei tibio-tarsiene stângi, apare o suprafaţă areolară violacee, de mărimea unei monede de 100 lei. Sesizaţi de această tulburare cu caracter vascular, àpărută càm în ziuà 11-12 de boàlă, se face din nou reacţia Vidal şi Weil-Felix şi se descopere aceasta din urmă pozitivă 1/1280. Palpatoric se constată la acel nivel lipsa pulsàţiilor pedioasei. Oscilaţiile în 1/3 inf. a gambei stângi = 0 în rest diminuate. La m. inf. drept de amplitudine normală.

Suprafaţa arcorală creşte progresiv, ajungând cât un fund de palmă, durerile sunt tot mai acute, degetul mare este rece permanent, cianotic. Bolnavului i s'au aplicat împachetări calde ale m. inf. stg. antispàsmodice. Cu tot acest tratament însă, boala progresează proximàl, obervându-se o induràţie foarte dureroasă a muşchilor gambei. Cam la 16 zile delà àpàriţià fenomenelor vasculare, tegumentele alterate îşi schimbă culoarea violàcee spre roşu închis şi se ivesc puncte necrotice. Aceste insule necrotice au o tendinţă de adâncire, confluiază între ele, separându-se de ţesutul sănătos din jur. Totodată apar noui zone necrotice cu aceleaşi caractere pe feţele dorsàle à ultimelor patru degete delà piciorul stg şi pe faţa externă à gàmbei în 1/3 mijlocie o pată de mărimea unei palme de adult. Delimitarea àcestor zone, de ţesuturile sănătoase din jur este netă. In tot timpul evoluţiei acestor fenomene, cu toate că bolnavul eşia din tifos, a fost chinuit de dureri foarte vii.

Faţă de această evoluţie lentă şi cu fenomene locale de gangrenă situate superificial, se execută pentru grăbirea evoluţiei o **simpatectomie perifemurală** în 25/IX/945 în 1/3 mijlocie a coapsei stgi, denudându-se artera

BCU Cluj / Central University Library Cluj

pe o lungime de 8 cm. In afară de o ușoară îngroșare a arterei perceptibilă la palpare, în rest de aspect normal cu pulsațiile prezente.

A doua zi după intervenție, bolnavul simte senzația de cald în gamba și piciorul stg. La trei zile, bolnavul nu mai poate suporta sticlele fierbinți pe lângă picior. La 4 zile durerile slăbesc și bolnavul își poate mișca spontan piciorul. Treptat placardele necrotice se izolează și mai net de țesuturile sănătoase din jur, și se elimină lăsând o suprafață sângerândă bine delimitată.

Aceasta se vindecă în urma unui tratament obișnuit. Intr'o lună dela simpatectomie, fenomenele vasculare dispar complet, plăgile necrotice cu tendință de vindecare.

In 15/XI/945, bolnavul părăsește Spitalul, vindecat.

Obs. II. Soldat B. N. 20 ani, Dumbrăveni-Botoșani. Se internează în Spitalul Militar Sibiu cu data de 18/VI/944 pentru stare generală rea; temperatura ridicată, transpirații, dureri generelizate în tot corpul. A. H. O. A. P. — fără importanță.

Boala actuală a debutat brusc înainte cu 6 zile cu amețeală, dureri de cap temperatura ridicată, transpirații, dureri generalizate.

Statură mijlocie. Facies vultuos. Bolnavul adinamiș, răspunde greoi la întrebări, acuzând, mereu dureri în tot corpul. E somnolent și se plânge că nu aude bine.

Temperatura 39,2.

La ascultație pulmonară, câteva raluri bronșice diseminate. Cord: sgomote normale, tachicardice. Pulsul 110/minut. T. A. 11 1/2-7 (V. L.). Abdomen, fără puncte sensibile. Pe corp prezintă exantemul caracteristic pe cale de dispariție. Urina: A = urme. Sediment: rare depuneri de urat acid de sodiu, rari cilindrii hiallini, rare leucocite. Reacția Widal: negativă. Reacția Weil-Felix 1/820-pozitivă.

Boala are evoluția normală spre vindecare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ziua de 2/VII/944, la trei săptămâni dela debutul bolii, bolnavul începe să acuze dureri în degetele piciorului drept și uneori senzația de amorțire. La o examinare atentă se constată ușoară atrofie a mușchilor gambei drepte și cianoza violacee a piciorului drept; temperatura locală scăzută, nu se percep pulsațiile pedioasei. Bolnavul are dureri mari atunci când pune piciorul în pământ. Tulburările de coloraţie se schimbă cu poziția membrului inferior, accentându-se în poziție declivă. Se aplică comprese calde și antispasmodice, totuși persistă tumefierea mai pronunțată a membrului inferior dela articulația tibio-tarsiană, cianoza plantară și regiunea flexorică a piciorului până la malleolă. Durerile sunt din ce în ce mai mari, exagerându-se la încercarea de mers.

Degetul mare tot mai cianotic, direct albastru, lasă să se instaleze fenomenele de gangrenă, care cuprind degetul mare în întregime. Evoluția gangrenei lentă, torpidă în ziua de 14/VII/944 fiind văzut de noi, se face **simpatectomia perifemurală tardivă,** denudându-se artera pe o lungime de 8 cm.

In primele zile dela intervenție, turburările circulatorii dispar, se restabilește căldura membrului inferior și gangrena se delimitează precis, întinzându-se cam până la jumătatea metatarsianului respectiv La 8 zile se face amputarea degetului mare cu rezecția capului metatarsianului respectiv.

Bolnavul părăseşte spitalul vindecat în 4/X/944 cu uşoară atrofie a membrului inferior drept.

* * *

Ne aflăm în faţa a două cazuri de tifos exantematic de tip mijlociu, la care, în primul caz, cam la 10—12 zile dela debutul boalei, iar în cel de-al doilea caz cu mult mai târziu, cam la sfârşitul celei de-a III-a săptămâni de boală, apar complicaţiile arteriale localizate la membrele inferioare. Ceea ce caracterizează în cazurile de faţă această complicaţie, este instalarea insidioasă a fenomenelor şi evoluţia lor lentă, sfârşind cu gangrene limitate superficiale, interesând numai părţile moi, într'un caz şi cu gangrena degetului mare în întregime, la alt caz. In acelaşi timp, demn de remarcat, că cu toată evoluţia lentă procesul necrotic şi-a urmat cursul nefiind influenţat de tratamentul paleativ aplicat, cu toate că afecţiunea generală promordială — tifosul exantematic — se vindecase. De asemenea şi durerile vii care însoţeau turburările circulatorii nu au cedat decât la tratamentul operatoriu.

Că a fost o arterită obliterantă consecutivă tifosului exantematic, o dovedeşte prezenţa fenomenelor ischemice mergând până la gangrenă, durerile vii dealungul membrului inferior interesat, turburările de sensibilitate şi temperatură, lipsa pulsaţiilor arteriale. In ambele cazuri am găsit modificări ale musculaturii gambei, în primul caz observându-se o induraţie dureroasă a acestor muşchi, iar în cel de-al doilea o atrofie a muşculaturii gambei. Aceste modificări, constituind o complicaţie trofică în plus pe lângă cea vasculară, dar care se datoreşte totuşi lipsei unei circulaţii suficiente.

Nu poate fi vorba de **„sindromul extremităţilor"** expresia unui tifos exantematic de tip hipertoxic, caracterizat prin turburări de circulaţie ale extremităţilor, bilateral, fără să ajungă la gangrenă. Cu atât mai puţin ne gândim la arterita de tip parietal (Vulpian, Potain, Baril), în care deşi manifestările sunt de tip arteric, totuşi, deoarece lumenul arterial nu este obturat lipsesc fenomenele obstrucţiei vasculare; afecţiunea are toate celelalte caractere ale arteritelor fără gangrenă, ea fiind tranzitorie şi curabilă.

Gangrena în aceste cazuri trebue socotită drept parcelară. Evoluţia lor aseptică dovedeşte că organismul tânăr a putut împiedeca intervenţia altor microbi în procesele specifice după tifos exantematic.

Sigur că în cazurile noastre, a fost vorba de arterite la care obliterarea prin tromb nu a fost completă, dar la care spasemele arteriale paradoxale de iritaţie au completat această obliterare, determinând modificările gangrenoase. Rezultatele bune obţinute după simpatectomie chiar tardivă, şi evoluţia rapidă spre vindecare a proceselor gangrenoase, dovedeşte că prin îndepărtarea factorului spasmodic, circulaţia colaterală a fost reluată în mod satisfăcător. In acelaşi sens pledează şi încetarea durerilor persistente în tot timpul evoluţiei afecţiunii.

Colecţia Centrului Universitar Timişoara

CONSIDERAŢII ASUPRA UNUI CAZ DE TUBERCULOZA ILEO-CECALA PSEUDO TUMORALA

de

D-r T. MLADIN şi D-r G. HODOŞI

Tuberculoza intestinală este frecventă în cursul evoluţiei tuberculozei pulmonare. Sylla o găseşte, la autopsii, într'un procent de 50—80% la cei sucombaţi cu tuberculoză pulmonară.

Porţiunea din intestin mai des afectată este regiunea ileo-cecală unde tuberculoza se întâlneşte mai des între 25—40 ani.

In ce priveşte etiologia şi patogenia tuberculozei ileo-cecale la adult în general, ea este cel mai des secundară unei leziuni pulmonare şi se produce prin înghiţirea sputei cu conţinut de bacili provenită din plămâni. Calea sanghină de propagare ar fi mult mai rară, iar localizarea pe cec ar fi favorizată de stagnarea la acest nivel a conţinutului intestinal care micro-traumatizează continuu mucoasa intestinală. Tuberculosa ileo-cecală primitivă, prin ingestie de alimente contaminate, este excepţională.

Leziunile ulceroase cari caracterizează tuberculoza intestinală s'ar produce în urma procesului alergic care se desvoltă în cursul evoluţiei tuberculozei pulmonare.

Tuberculoza ileo-cecală evoluiază sub trei forme: 1. Forma entero-peritoneală; 2. forma ulceroasă, şi 3. forma hipertrofică.

Forma hipertrofică sau pseudotumorală dă naştere unei veritabile tumori şi este foarte rară. Dl. Prof. Titu Vasiliu afirmă că în decurs de 25 ani abia a avut 2 cazuri în Institutul de Anatomie Patologică din Cluj. Noi am verificat observaţiile clinice ale bolnavilor internaţi în ultimii 10 ani în Sanatoriul T. B. C. Arad în număr de aproximativ 6000 şi nu am mai găsit niciun caz de tuberculoză ileo-cecală pseudotumorală afară de cel pe care-l publicăm.

Volumul tumorii cecale este variabil, în general el depăşeşte pe cel al unui pumn de adult. Tumora e neregulată, de obicei alungită, dureroasă la presiune, cu sediu care variază după întinderea procesului ce afectează intestinul, uneori putând fi sub-hepatică sau în pelvis. Ea interesează cecul porţiunea terminală a ileonului şi porţiunea invecinată din colonul ascendent. Massa tumorei este formată dintr'un ţesut sclero-lipomatos care formează o teacă dură groasă de câţiva centimetri în jurul intestinului, compusă din ţesuturi adipoase traversate de benzi fibroase; manifestaţie banală a apărării organice în jurul unui focar de inflamaţie cronică. Face corp cu peretele cecal dar nu aderă decât rar la planurile subjacente. E mobilă pe planurile profunde iar de aponevrosa iliacă aderă numai rareori. Peretele cecal e mult îngroşat, poate atinge 3—4 cm., dur, scârţie sub cuţit. Mucoasa foarte îngroşată e plină de mici masse polipoase, pediculate şi anormal plisată formând veritabile val-

vule suprapuse. Apendicele poate fi intact dar cel mai des e hipertrofiat, dur şi dilatat. Gaanglionii unghiului ileo-cecal sunt duri, groşi uneori cazeificaţi.

Leziunile istologice pot fi rezumate astfel: 1. hipertrofia mucoasei cu formarea foliculilor tuberculoşi şi infiltraţie embrionară enormă. 2. Hipertrofia submucoasei modificată în structura sa de celulele embrionare. 3. Ingroşare variabilă a musculoasei traversată de celule embrionare. 4. Subseroasa hipertrofiată conţine tuberculi masivi cu evoluţie fibroasă cari dau rigiditatea peretelui. In rezumat; leziunea tuberculoasă pură e puţină iar asociaţia inflamaţiei banale e intensă.

Cu ţesuturile învecinate se produc aderenţe, bride groase cari pot cuprinde pachete ganglionare sclerosate încât se formează tumorete neregulate şi de mărime variabilă, una sau mai multe în jurul tumorei primitive.

Din punct de vedere simptomatic tuberculoza ileo-cecală debutează lent, în luni şi chiar ani de zile, cu semne subiective: greaţă, jenă şi senzaţie de tracţiune în fosa iliacă dreaptă. Treptat apare durerea, precum şi fenomene de contractură locală. La început există diaree care alternează cu constipaţie, iar la urmă se instalează definitiv constipaţia. Deseori apar fenomene de oclusie lentă. Starea generală se alterează treptat, slăbirea fiind un semn important, anorexie şi meteorism.

Radiologic prezenţa leziunii pe cec se pune în evidenţă prin semnul lui Stierlin. Se ştie că la indivizii normali după ingestia de bariu, în 4—8 ore ileonul cecul şi colonul devin vizibile. In caz de leziune tuberculoasă a cecului, nu găsim bariu în acesta şi nici în prima porţiune a colonului ascendent, deşi atât în restul colonului cât şi în ileon se pune în evidenţă prezenţa bariului.

Explicaţia acestui fenomen radiologic, după Asmann, Faulhaber şi Schwartz ar consta într'o stare de iritaţie care se traduce printr'un peristaltism exagerat al mucoasei intestinale la acest nivel şi care nu permite staţionarea bariului. Acest simptom nu este patognomonic pentru tuberculoza ileo-cecală deoarece el poate fi întâlnit şi în alte afecţiuni localizate în acest loc, ca, actinomicoza, colita ulceroasă, cancerul, etc.. Un alt semn radiologic de tuberculoză ileo-cecală este acel descris de Kienbock; din cauza sclerozării cecului şi consecutiv scurtării sale, flexura dreaptă apare mai jos ca normal.

Drept complicaţiuni pot apare fenomene de compresiune a nervilor, căilor biliare, ocluzii intestinale şi mai rar perforaţii. Uneori apare ascita în cantitate foarte mică hepato şi splenomegalia.

După această descriere sumară prealabilă a tuberculozei ileo-cecale hipertrofice redăm acum observaţia cazului nostru:

Bolnavul A. I. de 30 ani, muncitor, se internează în Sanatorul T. B. C. Arad, în ziua de 2 Maiu 1946, cu tusă, stare febrilă, pierdere în greutate şi astenie.

A. H. C.: Fără importanță.

A. P.: Pneumonie la 2 ani, sancru moale la 20 ani.

Istoric: Boala prezentă datează din Ianuarie 1946 și a survenit brusc sub forma unei stări gripale, cu frisonete, febră, tusă, pierdere în greutate și stare de slăbiciune. A urmat un tratament conservativ timp de 3 luni de zile, dar nu s'a simțit mai bine, din contră boala s'a agravat treptat, încât este trimis la noi de medicul său curant pentru o mai bună îngrijire.

Starea prezentă: de constituție medie, cu tegumente ușor palide, țesutul subcutanat, slab desvoltat, sistemul pilos, osos și ganglionar intacte. Subfebril.

Aparat respirator: Torace astenic, tușește și expectorează muco-purulent, alb gălbui, circa 30 cc. în 24 ore. Obiectiv: submatitate a regiunii interscapulo-vertebrală dreaptă, cu raluri umede în focar, mai numeroase după tuse. Respirația diminuată la acest interval.

Radioscopic: imagine cavitară sub clavicula dreaptă de mărimea unei nuci cu țesut infiltrativ în jur și umbre estompate mici cari confluiază pe alocurea, în jumătatea superioară a câmpului pulmonar drept. In stânga sub clavicula paramediastinal o umbră în evantai puțin întinsă.

Bacilul Koch în spută pozitiv.

Aparat cardio-vascular: nimic deosebit. T. A. 13—7.

Aparat digestiv: apetit bun, abdomenul suplu nedureros, scaune regulate. Splina, ficatul și sistemul nervos, precum și aparatul urogenital nu prezintă nimic deosebit.

Examenul urinei pentru albumină, puroi și zahăr negativ.

Viteza de sedimentare a globulelor roșii (Westergreen) după 2 ore este de 68 mm.

Seroreacția B. W. în sânge negativă.

Tratament: In ziua de 14 Maiu 1946, i se institue un pneumotorace artificial drept, eficace, grație căruia după o lună de zile imaginea cavitară nu se mai distinge în bont, câteva aderențe elastice latero-superioare au permis aceasta. In ziua de 5 Iulie 1946, în urma apariției unei imagini cavitare sub claviculla stângă se institue un pneumotorace stâng care este incomplet și ineficace, datorită chiar prezenței unor aderențe la nivelul vârfului stâng, cari împiedică închiderea cavernei. Totuși cu acest pneumotorace bilateral, deși pozitiv tot timpul starea bolnavului se îmbunătățește, iar în ziua de 13 August 1946, părăsește Sanatoriul, plecând la Clinica din Cluj, pentru pleurolizā. La 27 August 1946, se reîntoarce, dar secțiunea bridelor din stânga a fost posibilă numai parțial, încât imaginea cavitară din stânga persistă în bont. Continuă reinsuflațiile bilateral cu doze mijlocii de aer, împreună cu un tratament tonifiant cu calciu, strichnină, calmante a tusei, extracte de ficat, etc., menținându-și o stare generală relativ bună.

In ziua de 16 Oct. 1946, bolnavul acuză dureri localizate în fosa iliacă dreaptă și grețuri. Are limba încărcată și o ușoară contractură a regiunei ceco-apendiculare și constipație. Examenul hematologic arată 7—800 leucocite pe mmc., iar temperatura este 36,8. Treptat se constitue la acest nivel o formațiune tumorală abia vizibilă la inspecție, care se delimitează, de mărimea unui pumn de adult, ovoidă, cu suprafața neregulată, mamelonată, neaderentă de planurile superficiale și puțin mobilă în profunsime. Este dureroasă spontan și mai ales la presiune, de consistență dură, lemnoasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intreaga regiune a fosei iliale din dreapta e dureroasă, bolnavul având uneori crize paroxistice sub formă de colici localizate la acest nivel, foarte accentuate, încât nu poate dormi noaptea. La inspecţie se putea vedea unde peristaltice în fosă în timpul crizelor dureroase. La pasajul intestinal cu bariu s'a constatat semnul lui Stierlin parţial pozitiv, în sensul că foarte puţin bariu staţiune în cec, iar flesura dreaptă este scoborîtă.

Intre timp, starea generală şi pulmonară se agravează, bolnavul pierzând treptat în greutate şi emaciindu-se. B. Koch în spută pozitiv, iar viteza de sedimentare a globulelor roşii după 2 ore este de 118 mm.

I se recomandă radioterapie pe regiunea ileo-cecală pe care o începe în ziua de 18 N-brie câte 2 şedinţe pe săptămână. După 4 şedinţe de roentgenterapie pe regiunea cecoapendiculară durerile cedează, dar tumoarea persistă cu aceleaşi caractere şi fiind dureroasă numai la presiune.

In vederea continuării tratamentului roentgenterapic este transpus la spitalul central din Arad, în ziua de 5 Dec., cu gândul că dacă se va putea să i se facă şi o intervenţie chirurgicală, care însă nu s'a făcut din cauza stării de debilitate în care se afla bolnavul în urma evoluţiei leziunilor pulmonare, la care a contribuit şi apariţia tuberculozei intestinale. După câteva zile părăseşte spitalul urmând tratament la domiciliu, iar la sfârşitul lunei Ian. suocmbă cu fenomene de caşexie.

Reese deci din observaţia cazului de mai sus că e vorba de o tuberculoză ileo-cecală hipertrofică sau pseudo-tumorală cum i se spune mai des, care s'a desvoltat la un individ purtător de leziuni pulmonare bacilare active deschise, aşa cum se întâmplă cel mai des. Unii autori admit şi posibilitatea constituirii unei tuberculoze intestinale hipertrofice, fără ca individul să aibă o altă leziune bacilară în organism. Hübschmann nu admite această posibilitate şi el crede că tuberculosa intestinală este totdeauna secundară unei leziuni tuberculoase ascunsă în organism. In cazul nostru fiind vorba de un bolnav care tot timpul a prezentat leziuni bacilare pulmonare deschise ca şi faptul că leziunea intestinală a apărut în cursul acestei tuberculoze pulmonare ni se pare că legătura între cauză şi efect este absolută, fără să fi avut un indiciu care să ne explice pentru ce la bolnavul nostru tuberculoza intestinală a luat această formă clinică. Apendicita, actinomicosa şi cancerul regiunei ileo-cecale au fost înlăturate pe baza examenelor de laborator şi prin evoluţia clinică ulterioară a maladiei. Felul în care s'a desvoltat tumora ilio-cecală este deosebit prin faptul că s'a constituit şi a evoluat repede. Când bolnavul a prezentat primele simptome care atrageau atenţia asupra abdomenului, ca greaţă, vărsături şi dureri în fosa iliacă dreaptă am şi putut constata prin palpaţie existenţa tumorii. Deasemenea bolnavul n'a avut perioade de diaree, sau alternative de diaree cu constipaţie cum se întâmplă cel mai des ci dela început a prezentat numai constipaţie. Un alt simptom deosebit au fost durerile — probabil compresive — cari la un moment dat au luat caracter paroxistic încât bolnavul nici nu putea dormi noaptea. Sedinţele de roentgenterapie au avut un efect calmant foarte bun asupra acestor dureri fără să fi putut

constata o regresare a formațiunei tumorale. In cazurile de acest gen cei mai mulți autori recomandă intervenția chirurgicală cu ablația tumorii, deoarece uneori evoluția după operație e favorabilă, dar în cele mai multe cazuri se produc recidive. Noi n'am putut încerca acest tratament din cauza stării pulmonare compromise și a stării generale de intoxicație a bolnavului.

Concluzii:

1. Tuberculosa ilio-cecală pseodo-tumorală este rară.

2. Ori de câteori un bolnav de tuberculoză pulmonară cu leziuni deschise prezintă acuze abdominale să ne gândim și să examinăm cu atenție regiunea ceco-apendiculară pentru a depista cât mai de timpuriu o eventuală tuberculoză ileo-cecală hipertrofică.

3. Odată constituită tuberculoza ileo-cecală pseudo-tumorală, să indicăm bolnavului, dacă starea sa pulmonară și generală permit aceasta, intervenția chirurgicală care cu cât este mai din timp aplicată, are șanse mai mari de reușită.

4. Dacă operația nu se poate face din motivele arătate mai sus, să-i recomandăm tratamentul roentgenterapic care are un efect bun cel puțin din punct de vedere pâliativ în sensul că ameliorează starea bolnavului și are efect bun asupra fenomenelor dureroase.

5. Tuberculoșii pulmonari se vor educa cât mai conștiincios în cursul ca ei să nu-și înghită sputa, calea cea mai fregventă de producere a tuberculozei intestinale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Travail de la clinique infantile de la Faculté de Médecine de Târgu-Mureș — Directeur: Prof. D. Moritz

SUR UN CAS DE MÉNINGITE TUBERCULEUSE TRAITÉ PAR LA STRÉPTOMYCINE CHEZ UN NOURRISSON

par

D. MORITZ

Histoire clinique:

S. E. garçon, âgé de 9 mois, que la mère nous conduit le 2 mai 1947, de la part de son médecin pour adénopathié cérvicale.

Anamnèse familiale et personelle: premier enfant, les parents sont sains, travaillen la terre. Pas de consanguinité, ni de maladies antérieurs. Pas d'avortements. Après une grossesse sans complication, accouchement normal; né à terme, l'enfant a été allaité par sa mère. Développement corporal et psychique normal. Il y a semaines, la mère remarque que le cou de l'enfant est gonflé; il perd appétit et présente un amaigrissement considérable.

Status à l'entrée: le nourrisson présente une dystrophie légère. La peau est pâle, les muqueuses sont anémiées. La fontanelle est normalement ouverte. On constate un léger chapelet costale. Les ganglions du cou sont tuméfiés de otus les deux cotés, mais pas de ganglions palpables aux autres régions. Poumons à l'auscultation et à la percussion ne presentant rien de particulier. Le rythme et les tons cardiaques sont normaux. Les autres organes ne présentent rien de pathologique. Température: 37,6 C. La cuti-réaction à la tuberculine est fortement positive. Examen du sang: globules rouge: 3.900.000, hémoglobine: 70%. globules blanches: 14.000, formule loucocytaire: neutro segm. 51%, neutro non segm. 3%, eosino 1%, baso 1%, lympho 38%, mono 6%. Vitesse de sédimentation des globules rouges (Westergreen): 1 h = 18 m/m, 2 h = 30 m/m. Examen radiologique: condensation hilaire et perihilaire de tous les deux côtés. Rien de côté des urines.

L'anquète familiale constate que le grand-père, qui habite avec la famille, est atteint de tuberculose pulmonaire ouverte. Après 3 mois le grand-père mourut.

Evolution du cas: le 14 juin nous revoyons le malade. Il présente alors une diarrhoé banale.

Le 16 juillet nous le revoyons de nouveau. Son état général s'améliore. Son poids a augmenté. Il n'a pas de fièvre. Adénopathie cérvicale a presque disparu.

Le 10 septembre l'enfant est atteint d'une diarrhoé grave. Il a des selles fréquentes qui sont sanguino-purulentens. La température est élevée, l'enfant a beaucoup perdu de son poids.

Digitized by Chinese University Library Hong Kong

Le 6 octobre la diarrhoé est complètement disparu, il est même constipé. Mais malgré la guérison de l'affection intestinale, la perte du poids se continue, l'enfant a un teint pâle et il vomit parfois. A l'examen on constate un léger raideur de la nuque, hyperréflexie et dermographisme. Ponction lombaire; haute pression, liquide clair, réaction de Pandy: +++, nombre des céllules 840/3, en majorité lymphocytes, dosage du sucre: 19 mg.%, bacilles de Koch: positiv. Le status radiologique ne s'est pas modifié.

Dans notre cas le dosage de la stréptomycine a été limité par la rareté et le prix haut du médicament chez nous. D'autre part les données littéraires ont montré que le traitement par la stréptomycine à de hautes doses et pour des périodes prolongées a amené des troubles plus ou moins graves. D'après Cocchi et Pasquinnoci les doses de 25—50 mgr. par voie endorachidienne sont surement actives et inoffensives. Dans notre cas la stréptomycine (stréptomycine Merck), a été administrée par voie endorachidienne et par voie parentérale. Par voie endorachidienne nous avons donné au début de 50 mg., plus tard de 25 mg. par jour. La dose parentérale à été 150—75 mg. par jour. La quantité était divisée en 6 doses, administrée toutes les 4 heures par injections sous-cutanées ou intramusculaires. En somme le malade a recu 8 g. stréptomycine.

Pour aider l'effet de la chimiothérapie nous avons employé des transfusions, de serum et de plasme d'adulte, en administrant chaque fois 30—40 cm. Le malade a reçu encore des vitamines A, B, C, D et de calcium.

Chez notre malade, l'évolution clinique de la méningite tuberculeuse a été modifiée' l'amélioration clinique du malade a été évidente. La céphalé le vommisement, la constipation, la raideur de la nuque ont disparu;

la fièvre a diminué, l'appétit de l'enfant revenait, son poids augmentait. L'enfant est maintenant, après le traitement de 5 mois cliniquement bien portant. Le malade ne présente aucun trouble neurologique résiduel.

Cependant l'examen du liquide céphalo-rachidien montre, malgré un certain degré de l'amélioration, la persistance du processus inflamatoire. Les bacilles de Koch ont disparu à la culture et à l'inoculation du liquide céphalo-rachidien, mais la réaction de Pandy est positive, le nombre des cellules est encore plus ou moins élevé. La quantité de sucre, qui était au début de la malladie nettement diminuée, augmente peu à peu.

Conclusions

1. La stréptomycine a une action thérapeutique considérable sur la méningite tuberculeuse même chez le nourrisson. L'évolution clinique habituelle de la maladie est nettement modifiée, la méningite tuberculeuse est devenue une maladie chronique. Par le traitement de la stréptomycine la méningite tuberculeuse peut-être arrétée, la vie du malade prolongée mais en ce qui regarde la guérison définitive, il faut garder une certaine résèrve, il reste encore à étudier le décours dans les convalescents.

2. Il nous parait que des petites doses prolongées ont le même effet thérapeutique sur la méningite tuberculeuse comme les doses très fortes, sans des inconvénients des troubles neurologiques résiduels.

3. Nous croyons très important d'associer des transfusions et de serum d'adulte au traitement par la stréptomycine.

4. Quant au traitement de la méningite tuberculeuse par la streptomycine, il reste encore beaucoup de problème à élucider; un des problèmes est la durée du traitement. Ni l'état générale du malade, ni l'examen du liquide céphalo-rachidien ne permets pas d'en tirer l'indication exacte.

RÉSUMÉ

Description d'un cas de méningite tuberculeuse traité par la stréptomycine chez un nourrisson. La stréptomycine a été administrée par voie endorachidienne (50—25 mg. par jour), et par voie parentérale (6 × 25—12,5 mg. par jour). Pour aider la chimiothérapie on a employé des transfusions et de serum d'adulte. Après le traitement de 5 mois, le malade est cliniquement bien portant, mais l'examen du liquide céphalo-rachidien montre la persistance du processus inflammatoire. Il reste encore à étudier le décours dans les convalescents.

BIBLIOGRAPHIE

Cocchi et Pasquinucci: Rivista Clin. Paedict. Vol. XLV, 1947.

Spitalul de boli contagioase din Craiova
Medic primar: D-r Eugen Buttescu

MENINGO-ENCEFALITĂ HEMORAGICĂ CU VIRUS GRIPAL

de

D-r V. MOTELICĂ
Medic secundar

La începutul lunei Februarie a anului 1947, odată cu schimbarea timpului şi cu ivirea primelor zile călduroase, ce au dus la topirea treptată a zăpezilor abundente, a isbucnit în tot cuprinsul Olteniei, o epidemie de gripă infecţioasă.

Dintre cazurile pe care le-am consultat la serviciul primirii a spitalului nostru, am constatat că molima a îmbrăcat un caracter deosebit de gravitate, atât prin numărul crescut de forme complicate, cât şi mai ales prin frequenţa formelor atipice.

Marea majoritate a cazurilor de gripă complicată a interesat apăratul respirator şi o bună parte cavităţile rino-farinxului şi anexele lor: (sinuzite, otite, mastoidite).

Dintre formele atipice ne-au atras atenţiunea numeroase cazuri cu predominenţă a fenomenelor nervoase şi în special fixările virusului dintr'odată pe axul meningo-encefalic, cu evoluţii dintre cele mai grave. Cele patru cazuri observate de noi, de sigur că nu constituesc un procent apreciabil faţă de morbiditatea atât de crescută a acestei molime, care prin defuziunea ei în Bulgaria, Ungaria şi Serbia, a îmbrăcat un caracter de pandemie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Meningo-encefalitele gripale sunt de obicei secundare, fie otitelor, fie septicemiilor, şi se datoresc microbilor „de ieşire": coco-bacilul lui Pfeiffer, pneumococ, streptococ, etc.. Cazuri din acestea s'au citat în literatura medicală destule. Există însă şi cazuri, mai rare, de meningo-encefalite având în etiologie numai intervenţia virusului gripal fixat dintr'odată pe sistemul nervos central.

D'Espine în articolul său „Complicaţiile nervoase ale gripei la copil" publicat în „Archives de Médecine des Enfants" No. 1/1919, comunică două cazuri formă meningee cu hiperalbuminoză şi limfocitoză în L.C.R. — unul din ele, o meningo-encefalită — cu somnolenţă şi pareza nervilor mezencefalului (a şasea pereche stg.) cu hemipareză stângă, simula encefalita letargică.

Reh Th. în articolul „Meningită gripală pseudo-tuberculoasă" publicat în „Archives de Médecine des Enfants" No. 6/1920, comunică un caz la un copil de 7 ani după o gripă, o meningită cu hiperalbuminoză şi limfocitoză în lichidul cefalo-rachidian.

Bosc F., studiind epidemia de encefalită letargică din regiunea Montpellier din 1920, într'un articol publicat cu această ocazie în „Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris" (No. 12/1920), ajunge la concluzia că denumirea de letargică nu convine pentru a reuni toate cazurile unei maladii esenţial polimorfă şi care nu este decât cu adevărat o formă primitivă nervoasă a gripei.

In ceea ce priveşte corelaţia dintre accidentul hemoragic şi vi-

rusul gripal într'o meningo-encefalită gripală, nu am găsit decât lucrarea lui Kabelik „Hemorrhages from brain and meninges during influenza epidemie of recent ycors" (Casop. lek. cesk. 1929), în care sunt descrise câteva cazuri de meningită hemoragică într'o epidemie de gripă.

Din toate acele patru cazuri de meningo-encefalită gripală observate de noi, ne vom ocupa numai de un singur caz: de meningo-encefalită gripală hemoragică.

Am crezut să prezint acest caz deoarece mi s'a părut interesant atât prin forma clinică cât şi prin evoluţia cu o simptomatologie cu totul deosebită şi polimorfă pe care a îmbrăcat-o. Apoi, diagnosticul diferenţial şi etio-patogenia, au constituit pentru noi o piatră de încercare pentru a ajunge la încadrarea cazului printre meningo-encefalitele hemoragice cu virus gripal.

Redăm foaia de observaţie.

Bolnava Ortansa T..., de 17 ani, elevă de liceu este adusă în serviciul nostru, în stare comatoasă, hipotermie, dispnee, cianoza feţei, cianoza şi răceala extremităţilor, coloraţie icterică a tegumentelor şi conjonctivelor şi rigiditate musculară generalizată.

Antecedente heredo-colaterale. Tatăl mort în timpul şi din cauza războiului. Mama sănătoasă; n'a avut avorturi spontane. Doi fraţi, care cu câtevà zile înainte au fost bolnavi de gripă şi două surori sănătoase. Nici-o maladie infecto-contagioasă acută, cronică sau boli sociale în familie. Cei şase membri ai familiei locuesc o singură cameră şi dorm în două paturi. Sunt sub-alimentaţi.

Ant. personale. La 8 ani a suferit de rugeolă. Stări gripale şi cataruri sezoniere în repetate rânduri. Menstruată la 14 ani. Menstre regulate, în cantitate obişnuită, durau cinci zile, fără dureri.

Istoricul maladiei actuale. In ziua de 13 Februarie 1947, cu o săptămână înainte de a fi adusă în spital, spre seară, bolnavà simte o uşoară cefallee, oboseală şi dureri generalizate în tot corpul. A doua zi în plus inapetenţă, greaţă, vărsături billioase şi febră către seară. Bolnava e constipată. A treia zi cefaleea se intensifică, starea generală se înrăutăţeşte fapte ce o hotărăsc să se prezinte la consultaţiile Dispensarului „Madona Dudu" unde i se constată febră 39, se diagnostichează gripa şi se prescriu câteva antigripale. A patra zi simte o ameliorare, febra îi scade.

A cincea zi simptomele se exacerbează brusc, febra creşte, cefaleea devine insuportabilă, apare fotofobia, curbatură intensă, rachialgii dureri în membre, vâjâituri în urechi. A şasea zi se instalează un flux metroragic abundent (deşi cu două săptămâni înainte avusese menstruaţia regulată.) Toate simptomele se intensifică, febra urcă la 40, bolnava e agitată, se văită, geme, delirează. Către seară apare o coloraţie icterică a tegumentelor, o rigiditate mai pronunţată a corpului şi bolnava pierde cunoştinţa. O vede un coleg constată o meningită şi o îndrumează către spitalul nostru. Nu vine în aceiaş zi din cauza viscolului. A şaptea zi de boală e adusă în serviciul nostru.

Starea prezentă. Bolnava în stare de comă, hipotermică, facies cianotic, exprimă suferinţă, contracturi ale masseterilor, serozitate spumoasă

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

la gură, extremitățile reci cianozate, tegumentele și conjonctivele de coloraţie icterică; bolnava zace întinsă contracturată, cu capul pe spate.

Dispnee cu modificarea ritmului respirator de tip Cheyne-Stokes. La percuţia şi ascultaţia ariilor pulmonare nimic deosebit.

Cordul slab bătut, cu sgomotele asurzite, neregulat. Pulsul bradicardic, 52 pulsaţiuni pe minut, neregulat, moale, depresibil.

Buzele arse şi cianozate. Abdomenul meteorizat, dureros la presiune. Splina percutabilă pe trei laturi de deget. Ficatul mărit de volum, dureros la presiune. Constipaţie.

Incontinenţă de urină. Ulterior se constată oligurie, albuminurie, urini dense de culoare închisă. Metroragie.

Pupilele midriatice, reacţionează foarte slab la lumină. Ptoza pleoapei drepte. Redoare intensă a cefei... Kernig pozitiv. Reflexul contra-lateral al lui Brudzinsky prezent. Babinsky prezent. Reflexele stilo-radial, stilo-cubital, rotulian şi Achilian vii. Rigiditate musculară a întregului corp. Mişcările active lente; mişcările pasive se fac cu opunere de rezistenţă din partea bolnavei. Zone de hiperestezie cutanată alternând cu zone de anestezie. Dunga lui Trousseau se obţine repede şi e persistentă.

Se practică punctia lombară scoţându-se 40 cmc. de L. C. R. hipertensiv, tulbure, net hemoragic (acelaş aspect în trei eprubete) Se recoltează sânge pe lamă întinsă, în picătură groasă şi pentru hemo-leucogramă.

Se administrează eleudron în injecţii, salicilat+urotropină în soluţie, tonice cardiace şi ale circulaţiei periferice, hemostatice, sticle ferbinţi la extremităţi, comprese reci la cap clismă evacuatorie.

A doua zi la fundul eprubetelor cu L. C. R. constatăm o depunere de hematii, lichidul rămânând în rest xantocromatic.

Se face analiza lichidului cu următorul rezultat: Reacţia Pandy intens pozitivă, Takata-Ara tip meningial clasic. Zahăr normal; hiperalbuminoză; nimic din flora bacteriană; numărătoarea elementelor: 600 pe milimetru cub; formula leucocitară: 100% limfocite. Examenul lamelor de sânge arată lipsa spirocheţilor, lipsa hematozoarului. Hemol-leucograma: Hematii 3.500.000 pe mmc., Hemoglobina după Sahli 70%, valoarea globulară 1, leucocite 19.500. Formula leucocitară: Neutrofile segmentate 79%, neutrofile tinere 9%, limfocite 7%, monocite 4%, eosinofile 1%.

Evoluţia în spital. A doua zi dela internare, în dimineaţa zilei de 21 Feb., bolnava prezintă aceiaş stare. Se practică a doua punctie lombară, se scot alte 40 cmc. L. C. R. cu aceiaş tensiune şi acelaş aspect. Examenul cito-chimic şi bacteriologic după sedimentarea hematiilor identic cu primul. In plus se însemânţează L. C. R. pe mediu cu agar (imitând mediul Lewinţal): Cultură sterilă după trei zile. In aceiaş zi la contra vizită iese din comă, trecând într'o stare de somnolenţă întreruptă, din când în când, de crize de delir halucinatoriu. In acelaş timp începe să reacţioneze termic 38.7.

22-II-947. Dimineaţa 39,2, bolnava mai conştientă, răspunde la întrebări, însă recade în somnolentă. Se recolteazâ sânge pentru spirochetoză în plină febră-rezultat negativ.

23-II-947. Bolnava nu mai este somnolentă; în rest aceiaşi stare. Se face examenul ureei, găsindu-se 0.40 gr. la litru de sânge.

24-II-947. Febra scade brusc dela 39 la 36,6. Simptomele meningiale

sunt mai atenuate. Se menţine ptoza pleoapei drepte. Se practică o a treia puncţie lombară scoţându-se 20 cmc. L. C. R. uşor hipertensiv, mai clar, foarte puţin hemoragic. Examenul de laborator arată: Pândy negativ; 50 elemente celulare pe mmc. dintre care 72% limfocite şi 26% polinucliare; nici-o floră bacteriană.

25-II-947. Starea generală mult ameliorată. Incetează metroragia. Coloraţia icterică a tegumentelor pe cale de dispariţie rămânând numai pe conjonctive încă câteva zile. Bolnava afebrilă simte o obseală pronunţată şi greutate în vorbire.

26-II-947. Febra urcă la 37,4. Acuză un junghi difuz la baza stângă. Examinată se constată o sub-matitate şi o respiraţie diminuată.

27-II-947. Febra urcă la 38,2. Se face o radioscopie pulmonară şi se constată: discretă umbrire a sinusului costo-diafragmatic stâng. Diafragmul stâng la acest nivel (în jumătatea sa externă) prezintă o mobilitate redusă. Câmpurile pulmonare radiologic sunt normale. Se institue tratamentul cu calciu şi vitamina C.

28-II-3-III-947. Semnele meningiale dispar. Starea generală bună. Dispare şi ptoza pleoapei drepte. Febra însă descrie oscilaţii mari dela 39,5-40 grade seara, până sub 37 dimineaţa. Apare din nou un flux metroragic. Deşi semnele clinice nu denotă o creştere a lichidului pleural, decât în foarte mică măsură, se practică o puncţie exploratrice şi se extrage lichid sero-citrin, Ex. de laborator: Rivalta pozitiv, lichid amicrobian, elemente celulare neutrofile 18%, limfocite 82%. O nouă leucogramă arată: leucocite 7800, neutrofile segmentate 58%, neutrofie tinere 11%, mietocite 5%, limfocite 13%, monocite 10%, eozinofile 1%, bazofile 2%.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

4-III-1947. Febra scade brusc. Toate semnele meningo-encefalice, inclusiv turburarea de vorbire, au dispărut. Rămâne ceva mai vie reflectivitatea osteo-tendinoasă. Coloraţia icterică a conjuctivelor lasă loc unui subiicter conjonctival, care mai durează încă 3-4 zile. Metroragia a încetat, timp de 3 zile bolnava este afebrilă cu stare generală bună.

In ziua de 11-III-947, spre seară febra urcă la 38,5, se menţine pe această linie şi a doua zi, pentru a scădea brusc în dimineaţa zilei de 13-III-947, In acest timp bolnava, în afară de o cefalee frontală şi occipitală, n'a prezentat nici un semn subiectiv sau obiectiv. Apare o uşoară descuamaţie furfuracee parţială, de ordin toxic. Peste 5 zile bolnava părăseşte spitalul vindecată. La examenul neuro-psihic nu se constată nici o sechelă. Rămâne s'o urmărim din acest punct de vedere. La 14 Mai, deci după aproape 2 luni dele eşirea din Spital, examinată din nou, nu prezintă nici-o sechelă.

Discuţia cazului: Semnele de iritaţie meningo-encefalică şi evoluţia acută, însoţite de o hepatită icterigenă, modificarea profundă a stării generale, care ameninţa bolnava, în integritatea funcţiunilor sale vitale, ne-au îndreptăţit să ne gândim la o meningo-encefalită de natură toxi-infecţioasă, formă gravă prin masivitatea infecţiunij.

Diagnosticul diferenţial al acestui caz a trebuit să fie făcut în primul rând cu:

1) Meningo-encefalita epidemică hemoragică cu meningococ, bazaţi pe frecvenţa cazurilor, pe debut, caracterul acut al infecţiunei şi semnele pronunţate care anunţau de pe acum începutul unor posibile sechele. Cu

toate acestea absenţa herpesului bucal şi a unei erupţii pe tegumente ne-a impus o oarecare rezervă. A trebuit să facem punctia rachidiană, pentru a îndepărta acest diagnostic. Totuşi caracterul hemoragic în 3 eprubete a L.C.R. nu ne-a îndepărtat, nici de data aceasta, diagnosticul de meningită epidemică hemoragică. Ex. complect de laborator a arătat însă absenţa oricărui germen din L.C.R., absenţa polinuclealelor la primul examen şi prezenţa limfocitelor în număr de 600 în procent de 100%, fapte cari au arătat că nu putea fi vorba de acest diagnostic.

2) Tot examenul de laborator al L.C.R. a îndepărtat şi diagnosticul de meningită pneumococică, meningită cu cocobacil Pfeiffer sau cu alt germen piogen.

3) Absenţa unei otite acute sau cronice sau a unei mastoidite şi examenul L.C.R. ne-a eliminat diagnosticul unei **meningite acute de origine otică**, cazuri dealtfel frecvente la copii.

4) Posibilitatea unei **meningite tifice sau paratifice** a fost şi ea exclusă prin examenul bacteriologic al L.C.R.

5) Considerând starea generală alterată a bolnavei şi caracterul hemoragic al lichidului cefalo-rachidian, diagnosticul trebue făcut şi cu **meningo-encefalita cărbunoasă** (cazuri foarte rare, citate 8 în literatura medicală universală, dintre care 2 comunicate la noi în ţară de către Prof. Slătineanu, Prof. Bălteanu şi D-na D-r M. Francke.

6) Diagnosticul diferenţial mai trebuieşte făcut şi cu **spirochetoza ictero-hemoragică formă meningee.** Intr'adevăr, semnele meningiale, caracterul hemoragic al L.C.R., fluxul metroragic, concomitent cu icterul pe care l-a prezentat bolnava, precum şi scăderea febrei în faza de icter, ne îndreptăţeau să ne gândim la maladia lui Weill. Examenul sângelui şi al L.C.R., au arătat absenţa oricărui fel de spirochet. In afară de aceasta, azotemia şi celelalte semne renale (hematurie, cilindrurie, dureri în lojele renale), caracteristice spirochetozei ictero-hemoragice, lipsesc în cazul nostru. Sugestiv dela început, acest diagnostic a fost şi el îndepărtat.

Prezenţa limfocitelor şi lichidul aseptic aduce în discuţie o serie de meningite şi meningo-encefalite limfocitare. Să continuăm a le discuta pe rând, insistând mai mult asupra semnelor ce se deosebesc de ale cazului nostru.

7) **Meningita tuberculoasă.** Este de obicei secundară localizării bacilare în organism. Frecventă între 2—7 ani, evoluează mai lent, către sfârşit letal (e adevărat că formele hemoragice evoluează mai repede). Glichorachia scăzută. Numai în 10—15% din cazuri examenul bacteriologic e negativ. Clorurile scăzute. Totuşi Barbier, partizan al meningitelor T.B.C. emite ipoteza etiologică a unui virus tuberculos limfocitar, şi deci unele meningite limfocitare curabile ar fi datorite acestui ultra-virus. In „Presse Médicale" din Iulie 1930, Prof. Sergent spune în această privinţă: „orice clasificaţie bazată pe dualitatea virusului şi bacilului este prematură". Rămâne ca cercetările ulterioare, începute de Fontéo, Klein, Arloing, Vandremer, Calmette, Feran, Kôderilscky şi Benda să poată arăta adevărul cu ultra-virusul tuberculos.

8) **Meningita sifilitică** are o evoluţie mai lentă, apare în perioada a doua sau a treia a boalei. In antecedente accident primar sau stigmate specifice (R.B.W. nu s'a făcut).

9) **Encefalita letargică.** Modificările L.C.R., studiate bine de Piero Boveri, arată că în encefalita letargică este hiperglichorachie; albumină de obicei normală, rar mărită. Reacţia celulară e întotdeauna moderată. Formele meningee sunt mai rare. Hipersomnia e manifestă. Paralizia acomodaţiei e foarte caracteristică. Mioclonii aproape constante. Modificările L.C.R. nu sunt în legătură cu formele clinice. Blanchés, în teza sa (Paris 1920), susţine legătura epidemiologică între encefalita letargică şi gripa, însă nu identitatea celor două maladii. G. Zagari (din Modena), studiind raportul dintre aceste două maladii, spune că o părere decisivă este greu de formulat; totuşi coincidenţa celor două epidemii şi concomitenţa frecventă a encefalitei letargice cu pneumonia complicând gripa, tind să le atribuie aceiaşi etiologie. G. von. Economo, diferenţiază net encefalitele gripale de encefalita care-i poartă numele. Astăzi virusul encefalitei letargice este socotit deosebit de cel al gripei. Ch. Achard, semnalează cazuri de hemoragii meningee în cursul encefalitei letargice (în Bulletin de l'Academie de Médecine No. 14/1920) şi M. Netter admite posibilitatea acestor hemoragii.

10) **Meningita limfocitară acută benignă.** Aici diagnosticul e maj dificil. Totuşi, după cum le arată şi numele, sunt uşoare ca formă clinică şi nu prind encefalul. Ele nu implică noţiunea de epidemicitate. Hepatita din cazul nostru denotă o infecţiune gravă. Accidentul pleural încă pledează pentru originea gripală a cazului nostru. Nu cunoaştem meningite limfocitare acute benigne hemoragice.

11) **Meningita aseptică acută esenţială a lui Blaye,** e întotdeauna mortală. Sub această denumire Blaye a comunicat, la Congresul francez de medicină internă din 1936, un sindrom anatomo-clinic ce s'ar suprapune meningitelor limfocitare acute benigne, lărgindu-le astfel cadrul.

12) **Meningita debutantă a unei poliomyelite acute epidemice.** Aici, mai devreme sau mai târziu, apar fenomene paritice sau paralitice. Elementele celulare din L.C.R. sunt mărite în număr redus, deopotrivă şi pentru polinucleare şi pentru mononucleare. In 75% din cazuri sunt prezente sudori profuze.

13) **Chorio-meningita limfocitară a lui Armştrong.** Boală izolată în timpul epidemiei de encefalită din 1934 din St. Louis. Maladia e benignă, fără complicaţii, nu are lichid hemoragic.

14) **Meningita ourliană, meningo-encefalita herpetică, şi meningo-encefalita postvaccinală** se elimină uşor din antecedente prin interogatoriu şi din examenul obiectiv.

15) **Trebue să amintim şi hemoragiile subarahnoidiene menstruale** căci, puncţia lombară relevând lichid net hemoragic, cu hematii ce s'au sedimentat lăsând colaraţia xantocromatică a L.C.R., concomitent cu fluxul metroragic, ne aducea în gând acest diagnostic: Insă factorul epidemic, simptomele infecţioase, debutul insidios, icterul, chiar fără examenul L.C.R. au îndepărtat şi acest diagnostic.

Eliminând diagnosticile enumerate mai sus am ajuns la concluzia că, în cazul nostru, nu ar putea fi în cauză decât un virus gripal. In sprijinul acestei păreri aducem următoarele argumente: a) epidemia de gripă, căreia i-au dat tribut şi cei doi fraţi ai bolnavej, cu câteva

zile înainte. b) Caracterul de gravitate al acestei epidemii. c) Frecvenţa formelor nervoase. d) Polimorfismul simptomelor. e) Accidentul pleural din perioada a doua a bolii. f) Caracterul hemoragipar al infecţiunei gripale (hemoragia meningee şi metraragia repetată). g) Cianoza feţei, a extremităţilor, precum şi disproporţia dintre semnele funcţionale grave ale bolii şi leziunile fără sechele. h) Febra în W. i) Caracterele lichidului cefalo-rachidian.

Sindromul hepatic îl considerăm ca un accident datorit toxi-infecţiunii cu virus, fără nicio urmă serioasă.

Posibilitatea încadrării acestui caz în grupul unor meningo-encefalite hemoragice cu virus nedeterminat, având caracter neurotrop şi hemoragipar, nu poate rămâne în picioare atâta timp cât argumentele pentru virusul gripal credem că sunt demonstrante.

Aceste argumente ar fi putut fi şi mai demonstrante dacă ţara noastră ar avea la dispoziţie laboratoare perfect şi modern utilate cum sunt în unele ţări din străinătate.

In adevăr, astăzi se ştie destul de multe despre virusul gripal. In 1922, Gordon (Prof. dela Universitatea din Chicago, care a studiat scarlatina la noi în ţară în cadrul Institutului Rockeffeler) şi în 1937, Hayle şi Fairbrother au colorat corpusculi elementari gripali. Tot ei au făcut suspensii quasi-pure de aceşti corpusculi pe care i-au utilizat ca antigen în reacţia de fixare a complimentului. Virusul a fost transmis la nevăstuică, apoi dela acest animal la şoarecele alb, care, inoculat pe cale nazală, face boala şi moare în 3—5 zile. S'au făcut frotiuri din plămâni de şoarece alb, s'au colorat cu isamină fenicată şi s'au văzut corpusculi gripali cocciformi de 80—120 mili microni.

In ultimul timp, autori americani au diferenţiat două tipuri de virus al Influentzei, tipul A. şi B. şi au reuşit cu ajutorul supramicroscopului electrono-optic să facă micrografii electronice ale virusului gripal uman cu o mărime de 30.000.

Sperăm cât de curând să beneficiem şi noi de ultimile investigaţiuni biologice, datorite desvoltării actuale a Biochimiei şi Biofizicei.

In concluzie, diagnosticul nostru, deşi nedemonstrat cu micrografii electronice, rămâne: **o meningo-encefalită hemoragică cu virus gripal, însoţită de hepatită icterigenă toxiinfecţioasă şi complicată cu pleurezie sero-fibrinoasă.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul de boli pulmonare—Sibiu
Serv. II — Medic primar: O. Borcoman

DOUA CAZURI DE SUPURAȚII PULMONARE DIFUZE TRATATE ȘI VINDECATE PRIN INJECȚII INTRAPARENCHIMATOASE CU PENICILINA ȘI SULFAMIDE

de

O. BORCOMAN, T. DANCANET, T. MUȚIU și R. POP

Literatura medicală a ultimilor douăzeci ani a fixat atenția practicienilor asupra diagnosticului și tratamentului supurațiilor pulmonare difuze și colectate. Intre 1925 și 1930, s-a insistat asupra necesității de a se înlocui expresia de abces pulmonar cu aceea mai adequată, de supurrație pulmonară, care înseamnă, — „lichefierea septică a pereților alveolari intr-un focar de alveolită" (Le Poumon), lichefiere care poate să sape în urma unui proces acut inflamator, o cavitate nou formată,-abcesul pulmonar propriu zis —, sau poate să cuprindă un lob sau chiar un plămân întreg, fără a constitui o colecție mai mult sau mai puțin delimitată — supurația pulmonară difuză. — Aceasta din urmă în care se încadrează și cazurile noastre, pot fi acute sau cronice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Primele aparțin pneumoniei disecante și bronhopneumoniei supurate. Cele cronice fac mai ales parte din vasul domeniu al bronșitelor supurate și al dilatațiilor bronhice.

Terapeutica supurațiilor pulmonare difuze sau colectate urmărește vindecarea lor pe cale medicamentoasă; dacă aceasta nu este posibiil în șase sau opt săptămâni trebuesc tratate chirurgical (Sergent). Nu trebue uitat că multe cazuri au tendința la vindecare spontană.

Intre metodele chirurgicale au avut la început metodele colabante, care nu se mai întrebuințează astăzi din cauza rezultatelor rele provocate prin diminuarea forței expulsive a tusei, stagnarea fontei purulente, empiemele grave care pot lua naștere, etc. In al doilea rând vin metodele de drenaj transparietal și în ultima vreme metodele de exereză dintre care lobectomia, și pneumectomia au dat rezultate bune în multe cazuri în care s'au aplicat.

Terapeuticei medicale începută prin medicația nespecifică, cu valoare pur simptomatică, i s'a adăugat între timp unele medicamente quasi-specifice ca optochina, emetina etc., sau medicamente care fără a fi specifice au dat rezultate uneori, cum ar fi alcoolul, arsenul, benzoatul de sodiu, serurile și vaccinurile, sulfamidele și unele adjuvante cum ar fi bunăoară cura de sete a lui Singer, drenajul postural a lui Quinque, etc. De multe ori medicamentele administrate chiar sub forma curei

lui Neumann, dau rezultate incomplete dacă acţiunei medicamentoase nu i se adaugă un teren întărit cu o apărare umorală şi leucocitară, reacţiuni tisulare favorabile şi condiţiuni particulare ale organului suficient de puternice pentru jugularea germenilor septici. Un pas înainte s'a făcut prin punerea la punct a technicei endobronhice, prin bronhoscopie, sondă nasală, aerolisoare, metode care permit administrarea medicamentului direct în focarul de supuraţie sub forma solubilă, pulvere sau aerosoli. Această metodă fiind posibilă în cazul când bronhia este liberă sau făcută liberă.

Un capitol nou în tratamentul supuraţiilor pulmonare, l-a deschis descoperirea penicilinei. Acest medicament a intrat în uzul curent al tratamentului supuraţilor pulmonare.

Administrarea ei pe căile obişnuite (subcutan, intramusc. etc.), nu a dat decât rezultate parţiale, chiar şi în cazurile când s'au administrat cantităţi masive şi s'au asociat şi sulfamide.

Mecanismul eşecului constă, după Coquellet, în faptul că diversele substanţe medicamentoase, nu pot ajunge la focarul supurativ decât pe cale sanghină. Pentru acest motiv, irigaţia locală trebue să fie suficient de activă. Oricum în focarele supurative sau necrotice circulaţia este frecvent compromisă sau chiar suprimată, se înţelege că tocmai unde pulularea microbiană este mai prosperă, produsele medicamentoase active, nu pătrund sau pătrund în cantităţi cu totul insuficiente. De aici slabele rezultate obţinute în multe cazuri.

Din cele de mai sus rezultă că, administrarea penicilinei sau a sulfamidelor pe căile obişnuite, nu pot lucra decât asupra zonelor perifocale sau asupra alveolitelor presupurative, unde circulaţia încă se menţine.

Administrarea penicilinei pe cale transparietală, direct în zonele parenchimatoase bolnave, vine să completeze un gol serios în terapeutica supuraţiilor pulmonar difuze. Cantităţile administrate în acest fel sunt mult mai mici iar rezultatele par a fi, după cum reese şi din cele două cazuri a le noastre, promiţătoare. Cu toate că în ţările Anglo-Saxone s'au administrat cantităţi masive, după cum reese din statistica de mai jos, totuşi rezultatele nu au fost cele scontate, în cazul administrărei penicilinei pe căile cunoscute. Chiar dacă rezultatele ar fi altele cantităţile mari cerute în administrarea intramusc., subcut., intraven. etc., nu ar fi accesibile marelui public în ţara noastră.

Smith C. I. şi Billingslea T. A., într'un articol „treatment of lung absecesses with penicillin", apărut în — „Jourrn. of the Amc. Assoc. —" No. 15 XII, 1946, publică treizeci de cazuri de abcese pulmonare tratate cu penicilină, în care au obţinut treisprezece vindecări, opt ameliorări şi nouă cazuri neinfluenţate. Tratamentul a fost făcut cu cantităţi ce au variat între şase mil. U. P. până la 14 mil. U. P, într'un timp care a variat dela 37 zile până la 166 zile.

Introducerea penicilinei direct intrapulmonar, în focarul

supurativ a schimbat complet în cazurile noastre, evoluția supurațiilor, după cum rezultă din expunerea observațiilor care fac obiectul acestei lucrări.

— Ținem să precizăm că injecțiile, administrate de noi, s'au făcut în plin parenchim și nu într'o cavitate neoformată.

Cazul I: A. M. de 19 ani, elev al unui, liceu din localitate se internează în serviciul nostru, în ziua de 14 Nov. 1947, cu stare generală alterată, astenie, febră de 39, stare care durează de câteva săptămâni.

Funcțional acuză senzația de apăsare intratoracică, tuse deasă cu expectorație purulentă abundentă și ușoară fetidă. La examenul clinic al ap. respirator constatăm exagerarea vibrațiilor vocale, subnatitate, suflu cu caracter tubar și raluri subcrepitante și crepitante grupate; toate acest localizat în zonele interscapulovertebrală și subclaviculară dreaptă.

Examenul radiologic pune în evidență o imagine pulmonară umbroasă, difuză în labul superior drept pe cale de abcedare. Examenul bateriologic, evidențiază o floră microbiană mixtă cu, streptococi, stafilococi etc., B. K. absent direct și prin omogenizare în repetate rânduri.

Se pune diagnosticul de supurație pulmonară difuză, pe cale de abcedare a lobului superior drept.

La indemnul D-lui D-r N. Bumbăcescu, Șeful de lucrări al Clinicei ftiziologice din Cluj, unde s'au tratat câteva cazuri de supurații pulmonare difuze cronice cu succes, până în prezent, și în urma sucesului obținut de unii autori străini, cu alte substanțe medicamentoase administrate pe aceeași cale. Castex și Capdehourat „Journ. Franc. de Med. et Chir. thor. Nr. 3,1947, pp. 129-141, se introduce în ziua de 15 Noev. 1947, 100.000 U. P. direct intraparechimentos.

Se intră cu acul prin, regiunea interscapulovertrebrală dreaptă trecând peste eventualitatea riscurilor, cele presupuneam legate de acest fel de administrare, ca embolia gazoasă, hemoptizii, perforații pulmonare cu pneumotorace spontan, etc.

Imediat după administrare, bolnavul are câteva chinte de tuse penibile, elimină câteva spute sangvinolente care cedează repede, simte senzația imperioasă de a executa mișcări fizice dezordonate, reflexe asemănător cu cel observat în embolia gazoasă. Deja a treia zi delà administrare, temperatură scade la normal odată cu amendarea semnelor subiective și obiective. După 6 zile imaginea pulmonară care părea a delimita o zonă de ramoliție, se reduce mult. Continuăm să administrăm încă 700.000 U. P. intraparemchimatos și după 17 zile, radiologic nu se mai observă decât o imagine umbroasă discretă, bine conturată pe cale de regresiune.

Cazul II; Femeia S. R. de 46 ani, intră în serviciul nostru în ziua de 5 Februarie 1948, cu stare generală extrem de alterată care durează, de 5 săptămâni, cu febră de 40,4 prezentând radiologic o umbrire neomogenă extinsă în aproape totalitatea lobului superior stâng. Examenul bacteriologic evidențiază o floră microbiană mixtă cu streptococi, stafilococi pneumococi, etc., B. K. direct și prin omogenizare.

Se pune diagnosticul de supurație pulmonară difuză a lobului superior stâng cu floră microbiană mixtă.

Se injectează zilnic câte 100.000 U. P., intraparemchimatos în dife-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

rite zone ale supurației și sulfamide administrate pe aceeași cale. A 5 zi de administrare, temperatura scade la normal, starea generală se ameliorează progresiv iar după 15 zile, bolnava cu o stare generală foarte bună părăsește spitalul; radiologic presistă încă zone umbroase reduse în foarte mare parte. Notăm că la acest caz s'au administrat numai 600.000 U. P., din cauza greutăților materiale ale bolnavei.

Aceste două cazuri ale noastre, precum și cele tratate în clinica Ftiziologică din Cluj, de sub conducerrea D-lui Prof. L. Daniello, demonstrează că administrarea penicilinei pe cale intraparemchimatoasă este o metodă cu destulă eficacitate în ceea ce privește tratamentul supurațiilor pulmonare difuză; riscurile în cea mai mare parte evitându-se cu luarea unor precauțiuni tehnice, iar incidentele ce survin după injectarea neavând urmări grave.

In concluzie, supurațiile pulmonare difuze, cărora nu li se putea aplica o metodă de tratament cu caracter chirurgical și care nu cedau la tratamentul obișnuit medicamentos, pot beneficia de un tratament local cu penicilină sau cum am încercat, asociind și sulfamidele.

Noua metodă constitue fără îndoială un pas înainte în terapeutica supurațiilor pulmonare difuze.

Concluzii:

I. Administrarea directă în plin paremchim oricare aar fi sistemul de irigație permite o acțiune directă asupra focarului supurativ.

II. Cantitățile administrate sunt mult mai mici, deci mai accesibile marelui public.

III. Rezultatele par a fi mult mai favorabile (în statistica noastră, 8 cazuri tratate cu penicilină pe căile obișnuite cu 1-4 milioane U. P. nu ne-a dat nici o vindecarre, iar aceste două cazuri cu numai 6-600.000 U. P. până la 1.000.000 U, P, administrarea intraparemchimatos ne-a dat rezultate foarte concludente.

IV. Pericolul complicațiilor pe lângă o tehnică corectă, nu pare a fi o piedecă în răspândirea metodei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sanatoriul Moroeni — Director Dr. S. Rusu

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA PATOGENIEI TUBERCULOZELOR EXTRAPULMONARE

de

O. IVANCENCO şi T. KIRILEANU

Concepţia lui Ranke asupra genezei focarelor tuberculoase extrapulmonare este astăzi aproape unanim admisă. După acest autor, ganglionii traheo-bronşici, sateliţi şancrului de primo-infecţie, nu pot fi consideraţi ca filtre, ci ca „bazine de sedimentare" a bacililor Koch, de unde aceştia, sub formă de embolus-uri pauci sau multibacilare, sunt vehiculaţi prin mica şi marea circulaţie.

Ei vor forma embolii capilare, mai ales în organele cu o reţea vasculară bogată şi circulaţie încetinită. Acestea vor fi în primul rând plămânul, seroasele, ganglionii limfatici, ţesutul osos în creştere, rinichii, testicolul şi ovarele.

Diseminarea hematogenă a emboluss-urilor bacilare din ganglionii traheo-bronşici — principala rezervă de bacili după primoinfecţie — este posibilă până la încapsularea ganglionilor. Termenul acestei încapsulări este însă foarte variabil, ea se constituie în câteva luni dela debutul adenopatiei traheo-bronşice în cazul unei primoinfecţii latente, însă în cazul de complex primar evolutiv ea este abia schiţată şi focarului ganglio-pulmonar îi pot urma localizări tuberculoase pulmonare şi extrapulmonare de tip secundar sau chiar terţiar.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Evoluţia acestor focare de însămânţare hematogenă precoce va fi în funcţie de constituţia bolnavului, de starea lui imuno-alergică şi de conţinutul în bacili a embolus-ului.

Forme evolutive „d'emblée" întâlnim mai des în prima copilărie, când o infecţie hematogenă masivă va învinge uşor forţele de apărare ale organismului, cum şi în pubertate, când această rezistenţă scăzută pare să fie în legătură cu transformările endocrino-vegetative profunde ce se petrec la această vârstă.

In afară de embolizări bacilare evolutive, s'a mai presupus încă de către Ranke, producerea în timpul perioadei post-primare a unor embolii paucibacilare oculte. Ele ar da naştere unor focare tuberculoase extrapulmonare inaparente, cari se pot redeştepta după un timp variabil de latenţă, sub influenţa unor factori traumatici, imuno-alergici sau trofici.

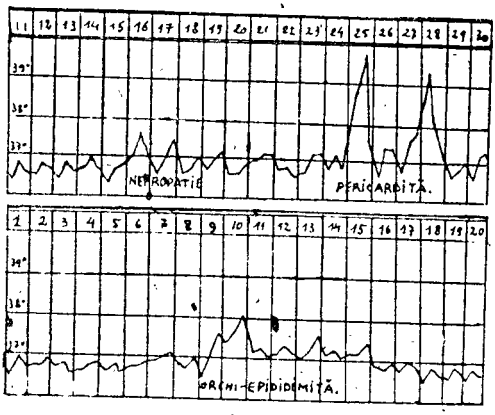
In cazul ce-l publicăm mai jos, credem că am putut surprinde momentul producerii acestor embolii bacilare post-primare quasi-oculte:

Bolnavul C. T. N. de 19 ani se internează în Sanatoriul Moroeni la 4 Iunie 1947. In anamneză declară variolă în copilărie. Gazda la care a stat ca elev într'un oraş de provincie era o veche tuşitoare. Boală debutează cu o lună şi jumătate în urmă în mod insidios, cu junghiuri, tuse seacă, transpiraţii, pierderea poftei de mâncare şi scădere în greutate. La internare bolnavul este afebril, tuşeşte şi expectorează foarte puţin, are uşoară anorexie. La examenul general se prezintă de tip longilin stenic.

Ganglionii axilari şi cervicali palpabili. Percutorie sonoritate pulmonară asupra ambelor hemitorace. Auscultatorie: plămânul dr. respiraţie înăsprită subspinos şi interscapulovertebral, plămânul stg. câteva raluri umede axilar. Examenul pe aparate şi organe nu evidenţiază nimic deosebit. Radioscopic, în cornul hilar superior stg., se observă o opacifiere difuză, cu contur şters, iar poziţia OAS se descoperă grupul ganglionar paratraheal posterior hipertofiat, alcătuind o masă importantă de opacitate costală.

Baciloscopia la internare ca şi în alte rânduri a fost constant negativă. Examenul urinei pentru albumina şi glucoză negativ, iar în sediment nu s'au găsit microbi. Bolnavul este afebril şi câştigă în greutate încă din prima săptămână. La 16 Iunie face un accident febril în clopoţ (38_0), urmat de un altul mai mic a doua zi (37_0,4). Bolnavul acuză dureri în lojile renale. Palparea bimanuală trezeşte senzaţii dureroase puternice bilaterale. Micţiunile sunt normale, iar analiza urinei, recoltată în aceiaşi zi, s'a dovedit negativă. Odată cu scăderea temperaturei simptoamele dureroase dispar. Urmează 7 zile de instabilitate termică, în jurul lui 37_0, apoi la 25 Iunie bolnavul face un nou puseu febril în clopoţ (39_0,6), urmat la 3 zile de un altul (39_0,3). In acest timp bolnavul acuză jenă precordială, frecvenţă pulsului urcă la 120 bătăi pe minut. La percuţie, aria matităţii relative apare mărită global, şocul apexian se percepe înăuntrul ei, sgomotele cardiace sunt uşor asurzite. Radioscopic umbră cardiacă globuloasă, imobilă. Aceste simptome subiective şi semne obiective dispar în câteva zile consecutive ultimului clopoţ febril. După a 10-a zi dela scăderea temperaturei, bolnavul ne semnalează în ziua de 9 Iulie tumefierea testicolului dr., plângându-se de dureri la minime atingeri. Temperatura urcă la 38_0.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



La ancheta minuţioasă nu se descoperă un contact sexual recent, iar pentru trecut neagă din nou boli venerice. La examenul atent al aparatului genital nu se găsesc leziuni sau secreţii patologice, Scrotul este flasc iar testicolul şi epididimul dr. remarcabil hipertrofiate. Testicolul este coborât şi foarte dureros, mai ales în zona epididimului. Aceste simptome se atenuiază treptat în curs de 6 zile, bolnavul devine afebril. In August 1947 se constată o importantă clarifiere radiologică a umbrei din cornul hilar superior stg. In Septemvrie ea se accentuiază din nou, la întoarcerea dintr'un con-

cediu, ca apoi să se micşoreze treptat atât în volum cât şi în intensitate, paralel cu dispariţia semnelor stetacustice. La 21 Octomvrie 1947 bolnavul părăseşte Sanatoriul, cu o stare generală bună, BK negativ, VSH 4-8-15, câştigând în greutate 7 kg... De remarcat este că greutatea a fost în continuă creştere, dela internare şi până la părăsirea Sanatoriului, nefiind influentată de accidentele febrile.

Este vorba deci de un bolnav, care se internează în Sanatoriu în stadiul postprimar, cu ganglionii traheo-bronşici stg. şi paratraheali posteriori măriţi, cu un focar pulmonar subcortical lateroapical stg., invizibil radiologic însă decelabil stetacustic, corespunzând probabil unei însămânţări hematogene.

Acest bolnav face în decurs de o lună trei accidente febrile, primul însoţit de dureri în ambele regiuni renale, al doilea de semne clinice şi radiologice de pericardită exsudativă şi al treilea de o orchiepididimită stângă, toate accidentele fiind spontan curabile şi de scurtă durată (4—6 zile).

Urmărit după aceia timp de 4 luni, bolnavul este constant afebril; starea generală (greutate), imuno-biologică (VSH), şi pulmonară (clinic dispariţia ralurilor din axila stg., radiologic diminuarea considerabilă a umbrellor ganglionare) ameliorându-se simţitor.

Credem că afectarea trecătoare, frustă, a rinichilor, pericardului şi a testiculului, ce a prezentat-o acest bolnav în cursul primei luni de internare în Sanatoriu, nu poate fi interpretată decât ca o reacţie a acestor organe la autoinfecţii hematogene cu embolus-uri paucibacilare.

Viitorul acestui bolnav ne va lămuri asupra evoluţiei ulterioare a acestor embolii bacilare extrapulmonare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RÖNTGENTERAPIA IN POLIARTRITA ACUTĂ REUMATICĂ *).

de

D-r I. POPP — Braşov

Dacă în domeniul artritelor cronice şi diformante există o întreagă literatură de specialitate, despre poliartrita acută reumatică nu se pomeneşte aproape nimic. Incă din 1943, cu ocaziunea publicării unui studiu asupra artritelor **), am consultat tratatele ce îmi stăteau la dispoziţie, şi nu am găsit publicaţiuni despre rezultatele radioterapeutice în domeniul acestei maladii acute.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am comunicat în acea lucrare rezultatele bine obţinute cu ajutorul radioterapiei în poliatrita acută, şi din numărul de cazuri vindecate, am prezentat observaţiunea unei bolnave, în vârstă de 35 ani, trimisă de către serviciul de ginecologie al spitalului pentru examen radiografic, de oarece un tratament medicamentos de 10 zile, nu putea influenţa cu nimic mersul boalei.

Articulaţia talocrurală dreaptă, şi micile articulaţiuni ale piciorului erau prinse, iar o tumefacţie remarcabilă, care interesa întreg piciorul drept, făcea impresia unei elefantiaze, atât de mare era diformaţiunea piciorului. Examenul radiografic nu a prezentat nicio modificare notabilă osoasa sau articulară, ci numai o uşoară valoare care-o putea produce şi tumefacţia mare a părţilor moi, şi precum şi o uşoară atrofie osoasă.

Bolnava se plângea că de 10 zile nu a dormit. Temperatura de seară până la 39°.

Ii recomand radioterapie, care i se administrează imediat şi primeşte câte 50 r, raze dure, pe 3 porţi diferite. Tensiunea, durerea, şi în general fenomenele inflamatorii, au început să cedeze câteva ore după acest

*) Lucrare din serviciul de Electro-Radiologie al spitalului „Gh. Mârzescu", din Braşov Medic primar: *D-r I Popp.*

**) *D-r I. Popp*: Radioterapia în artrite. (Revista de Radiologie şi Electrologie medicale No 1 şi 2 — 1943.

tratament, şi în acea noapte a putut dormi. Această ameliorare a progresat în zilele următoare.

După 10 zile repetă tratamentul, şi la o săptămână după aceasta părăseşte spitalul pe picioarele proprii.

De atunci au trecut 13 ani, şi nu a fost nevoită să mai facă tratament. Este sănătoasă şi astăzi.

Am descris acest caz pentrucă atunci ne-am adresat radioterapiei, de nevoe, nici medicul curant neştiind ce să mai facă. Rezultatele bune le-am obţinut imediat după prima serie de tratament, aşa, că nu putea fi o simplă întâmplare, sau sugestie. Acest caz ne-a încurajat şi am continuat a administra acest tratament şi altor bolnavi, obţinând aceleaşi rezultate bune, şi am putea afirma, imediate. Nu am avut niciun eşec, nici în cazurile grave, cari au cedat, la fel de bine, dar într'un interval de timp ceva mai lung.

* * *

Radioterapia nu a mai fost încercată în poliartrită acută reumatică, cred mai mult din motivul că bolnavii nu erau transportabili, ei fiind într'o stare gravă, ca orice bolnav, care se găseşte într'o maladie infecţioasă acută. Fapt este, că din această pricină, o parte din aceşti suferinzi, ne obţinând o vindecare pe calea tratamentelor medicamentoase, sufere mai departe toate consecinţele acestei infecţiuni acute. Altă parte se aleg cu anchiloze, şi devin o sarcină pentru alţii nu din vina lor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dacă insist cu atâta stăruinţă, o fac pentrucă toţi aceştia pot fi salvaţi dela consecinţe grave pentru ei. Pentru radiolog tratamentul poliartritei acute este o sarcină mai uşoară, decât artritele cronice.

Vom prezenta trei observaţiuni din numărul de bolnavi tratati în ultimul an.

Observaţiunea I-a. Boln. P. I., de 33 ani, Soră infirmieră. In antecedenţele colaterale şi personale nimic remarcabil. In dimineaţa zilei de 7 Sept. 1946, în timpul cât îşi făcea serviciul în sala de pansamente, a simţit o durere bruscă în genunchiul stâng. Această durere se accentua mereu şi în după amiază zilei a fost silită să se pună la pat. Genunchiul s'a tumefiat; simţeà durere şi căldură. A doua zi nu mai putea mişca articulaţia. După amiază temperatura era 38°. A început a lua doze masive de salicilat de sodiu, pe cale bucală. La 9 sept. încep durerile în cotul drept. Dimineaţa următoare temperatura 37°,6, seara 38,9° La 10 Sept. durerile se menţineau în ambele articulaţiuni. Articulaţia cotului drept s'a tumefiat de asemenea vizibil, şi orice mişcare, cât de mică provoca dureri mari.

A fost adusă cu targa la examen radiologic. Rezultatul examenului: nicio modificare vizibilă a scheletului osos şi a articulaţiilor. A continuat tratamentul cu salicilate, deşi durerile nu cedau, şi după spusele bolnavei, din ziua de 7 Sept. nu a dormit nicio noapte din cauza durerilor, cari se accentuau la cea mai mică mişcare, pe care o făceà în pàt. Tensiuneà, ce

se accentua în articulaţiuni, sporea starea precară în care se găseá. Temperatură se menţinea seara la 39⁰.

In ziua de 12 Sept. ne solicită un tratament cu raze Röntgen, pentrucă nu mai ştia ce să facă de dureri. Era epuizată de nesomn.

I se administrează o şedinţă la genunchi şi una la cot. Este dusă înapoi cu targa la pat.

In acea zi a început să simtă o uşoară ameliorare. Seara temperatura 38⁰: a dormit puţin, pentru prima dată de cinci zile.

După trei zile este adusă iarăş la traatament. In seara precedentă, adică la 14 Sept. temperatura a fost numai 37⁰,7 şi durerile mai suportabile. A dormit două nopţi bine.

I se mai administrează câteo şedinţă din altă proiecţiune la articaţiunea genunchiului şi a cotului drept.

In zilele următoare tratamentului starea locală se îmbunătăţeşte mereu. Ceeace o mai supără este mai ales rigiditatea în articulàţià cotului, care la mişcări mai doarq. Mişcările reduse sunt însă posibile. La 24 Sept, vine pe picioare să continue tratamentul. Ne comunică, că de ieri temperatura este normală.

Este ultimul tratament ce i s'a aplicat: câte-o şedinţă pe fiecare articulaţie bolnavă.

La examenul clinic se constată că starea locală este aproape normală.

După câteva zile, la 30 Septembrie îşi reia serviciul. Controlată de mai multe ori, până în Iunie 1947, nu a mai avut nicio durere, şi se simte bine, ca şi înainte de a se îmbolnăvi. Mai bine de 8 luni, fără niciuh semn de recidivă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Observaţiunea 2-a — Boln. A. M., de 37 ani, din C. F. R., femeie de serviciu. In antecedente nimic de remarcat. In noaptea de 3 Febr. a. c. dureri în şale. In ziua de 4 Febr. rămâne acasă, nu se poate prezenta la serviciu. In decursul zilei dureri mai mari în regiunea carpiană stângă, apoi şi în şoldul drept. Durerile se accentuiază în timpul zilei, imobilizând-o în pat.

In ziua următoare, la 5 Febr. genunchiul drept şi glezna dreaptă, se tumefiază, şi îi dau dureri insuportabile. Primeşte medicamente, pe cari le ia 5 zile la rând. Temperatura 39⁰ Nici-o ameliorare în aceste câteva zile. La 10 Febr. intră în spital şi primeşte injecţii intravenoase. Durerile se menţin însă mai departe. Tot trupul o durea, şi nu se putea mişcà în pat, nici odihni.

Au urmat alte două săptămâni cu prafuri de salicilat de sodiu, câte 6-8 grame, şi apoi iarăşi injecţii.

Temperatura se menţinea între 37,5 dimineaţa şi 39⁰ seara. După două săptămâni de tratament starea se menţinea tot rea, şi multe articulaţiuni ca cea carpină drept, genunchi drept şi talocrurală stângă, s-au tumefiat mult şi au devenit mult mai dureroase decât înainte. Mişcările în articulaţiuni imposibile. In ziua de 18 Febr. a fost trimisă pentru examen radiografic, dar radiografia nu a dat niciun rezultàt pàtologic al şcheletului sau articulaţiunei.

După examen, la două zile începe tratamentul radiologic, care i se administrează în două zile consecutive; Prima zi: regiunea genunchiului drept şi carpiană dreaptă, pe cari le acuză de cele mai dureroase, şi o şedinţă pe regiunea

A doua zi: regiunea talocrurală dreaptă, prima şedinţă, iar carpiana dreaptă, a doua şedinţă. Noapteaa următoare à fost primà noàpte în care s'ă putut odihni. Şi înainte, obosită, adormia câte puţin în decursul zilei, era însă trezită de dureri. După primele şedinţe, tocmai aceste dureri au început să o lase-

La două trei zile după acest tratament durerile deveneau suportabile, şi noaptea dormea bine. Temperatura a şcăzut la $37^0,5$—$37^0,7$.

Ameliorarea se instală de-abinelea în următoarele 3-4 zile, şi temperatura revenea normal.

La 28 Februarie este chemată din nou la tratament, şi vine pe piciorele proprii.

Primeşte iarăş câte-o şedinţă pe articulaţiuni'e genunchiului drept,, carpiană dreaptă şi talocrurală stângă, Mai stă 10 zile în spital, şi în àcest timp mai primeşte câte-o şedinţă la articulaţia carpiàna şi là genunchi, unde spunea că o mai jenează la mişcări.

Tumefacţia s'a retras complet, mişcările aproape libere, dar însă reduse carpian şi la genunchiul drept. Temperatura normală. Pleacă acasă la 12 Martie c., şi urmând să revină la control după o pauză de două luni, se prezintă din nou la 20 Mai. Ne comunică, că i se pare, caşi când în articulaţia carpiană şi a genunchiului drept, încheetura nu ar fi chiar liberă. Primeşte alte trei şedinţe la trei articulaţiuni, şi părăseşte serviciul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Observaţiunea 3-a — B. D. M, de 10 ani, elevă de şcoală primară. In ziua de 9 Mai c. a răcit, şi simte o durere în formă de junghi în regiunea umărului drept. Toată ziua a simţit frigul. Durerea în umăr s'a accentuat în aşa măsură, că noaptea nu a putut dormi. A două zi stàreà a silit pe părinţi să cheme medicul, care a constàtat o stare gripală; Temperatura era pe seară $39,2^0$. A primit medicamente. A treia zi medicul îi prescrie salicilat de sodiu, după ce copila i-a comunicat, că o doare şi regiunea umărului stâng. Durerile se înţeţesc şi temperatura se menţine, iar a patra zi o nouă durere şi mai accentuată îşi face apariţià în genunchiul drept. Părinţii spune că copila a pierdut din puteri în câteva zile, pentru că nu se putea odihni cu toate doctoriile ce primea.

In ziua a 6-a de boală Temperàtura era seara $38,8^0$ durerea mài suportabilă, genunchiul însă se tumefiase mult şi este dureros la cea mai mică mişcare.

După vreo 10 zile temperatura se menţine seara în jurul lui 38^0, durerile au mai lăsat-o, chiar şi la genunchiu, aşa, că à început să coboàre din pat. După alte două zile însă, în ziua de 22 Mai, are din nou dureri mari în umeri şi în genunchiul drept, care o făceau să plângă şi să strige, spunea mama ei. Copila nu mai putea nici mânca, decât foarte puţin. Delà 23 la 25 Mai starea generală şi locală devine mai rea: se mai tumefiază regiunea carpiană dreaptă şi talocrurala dreaptă, iar în articulaţia coxofemurală dreaptă apar dureri. In ziua de 26 Mai medicul curant o trimite la tratamentul cu raze röntgen.

In ziua de 27 Mai controlez radiografic două din articulaţiunile cele mai dureroase: genunchiul drept şi regiunea carpiană dreaptă, dar radiografia nu arată nimic deosebit la schelet şi la articulàţii.

Incepe tratamentul în aceaş zi, la articulaţiunile mài dureroàse: genunchiul drept şi carpian drept. A doua zi i se administrează câte-o şedinţă la umeri şi coxofemoral drept. A treia zi: talocrural, prima şedinţă genunchi şi carpian a doua şedinţă.

In zilele următoare, durerile în primul rând, apoi tumefacţia în articulaţiuni, au cedat progresiv. După 6 zile a fost transportată acàsă, cà să revină după 30 zile la control. Temperaturra la plecare era 37,5⁰.

* * *

In poliartrita acută modificările patologice nu interesează decât părţile moi şi mai ales tecile sinoviale. Aici decurge întregul proces inflamator, cu revărsări de lichid seros în cantitatea articulară. Clinic, în poliartrite predomină durerea. Ea nu este direct proporţională cu procesul patologic, ce se desfăşoară în articulaţie, şi este mult mai alarmantă. Semnele obiective apar curând: articulaţiunea se îngroaşe, se tumefiază, se edemaţiază. Aceste tumefieri îşi fac apariţia mai ales în regiunea genunchiului, a regiunei carpiene şi talocrurale, uneori chiar la articulaţia humerală. Se poate localiza şi la micile articulaţiuni ale mâinei şi piciorului; mai puţin şi mai rar la cele coxofemorale. La micile articulaţiuni această tumefiere se produce în urma unui edem periarticular, care de obiceiu cuprinde întreaga regiune a mâinei sau a piciorului.

Procedeul inflamator, în reumatismele poliarticulare acute uneori nu se limitează numai asupra articulaţiunei ci se extinde asupra seroasellor, a fasciilor şi chiar muschilor din vecinătate. Roşaţa, al treilea semn vizibil al inflamaţiei apare şi ea aproape regulat.

Poliartrita acută pare cu atât mai gravă, cu cât prinde mai multe articulaţiuni, de obiceiu pe rând, rareori de odată.

In unele cazuri, se menţine mai multă vreme la o singură articulaţiune, ca apoi să-şi continue turneul obişnuit. In atari cazuri se pot face şi greşeli de diagnostic. Intotdeauna, dintre articulaţiunile atinse, una sau două sunt mai grave, cu tumeflacţie mai accentuată şi dureri mai mari. Bolnavii le indică în seria importanţei lor. Işi caută singuri poziţiile cele mai potrivite, au grije să menţină membrele bolnave în poziţile alese, cari le produc mai puţină durere.

Mai rar, când sunt interesate şi articulaţiile coloanei vertebrale, sau maxilarul, se prezintă un tablou clinic din cele mai grave. Instalarea unei endocardite, ori a unei pericardite, caută să complice uneori o stare destul de alarmantă, tocmai prin manifestaţiile ei acute. Dacă aceste faze ale boalei se instalează uneori dela început, ele apar alteori către sfârşitul

boalei, şi atunci numai o durere precordială şi o nouă ascensiune de temperatură atrage atenţia asupra lor.

Temperatura în poliartrite este neregulată, cu remisiuni. De câte-ori se prinde o nouă articulaţie, are loc o nouă ascensiune. După câteva zile urmează o altă remisiune.

Poliartrita acută este considerată ca maladie benignă. Durata boalei variază după gravitatea ei: numai câteva zile, în cazuri foarte uşoare, sau luni întregi în cazuri grave.

Cazurile cu durată mai lungă sunt mai ales acelea, unde în anumite articulaţiuni procesul se repetă sub formă de recidivă.

Cât priveşte efectul biologic al radioterapiei în poliartritele acute reumatice, repet ceia ce am mai spus. Razele rontgen pătrund în ţesuturi ca o cantitate de energie radiantă, care în traversarea ei prin ţesuturi se transformă în energie radiochimică. După Lieber, efectul biologic este o consecinţă a acestor procese fizico-chimice, care au loc în celulele cu membrane paarţial permeabile, despărţind interiorul celular de sistemul humoral al organismului, Razele röntgen ionizează atomii electroliţilor ce se găsesc de ambele părţi ale membranei celulare, şi îi transformă în particulele elementare ale unui curent continuu, producând o nivelare în procesul electroosmotic. Echilibrul osmotic al lui Dounan se reface în membrane. Razele röntgen ajută funcţiunea celulară sprijinind ţesutul articular în refacerea sa. Secreţiunea începe să se resoarbă, şi procesul inflamator sinovial regrescază. Modificările patologice, ce acompaniază poliartrita acută, şi cari indică gravitatea ei, se petrec numai în părţile moi. Pentru acest motiv şi reacţiunea la tratamentul radiologic este aşa de promptă, şi se produce la cele mai mici cantităţi de raze administrate.

In primul rând cedează durerea, chiar la câteva ore după tratament. Această durere este în bună parte în legătură directă, cu tumefacţia din articulaţie. Dar în curând, după ce tensiunea şi durerea regresează la nivelul articulaţiei, şi temperatura se arată a fi în scădere. Ea începe să scadă odată cu fenomenele inflamatorii; în cazurile uşoare ajunge la normal în 2—3 zile, alteori în 5—8 zile. Rareori durează mai mult, şi în cazurile de recidive. Bolnavii se pot odihni deja după primele şedinţe, şi starea generală începe să se îndrepte în câteva zile. Acest tratament caută, şi reuşeşte să îndrepte rapid o stare precară a bolnavului, şi să scurteze prin aceasta durata boalei.

Cât priveşte tehnica tratamentului, ea este simplă, şi nu are nevoe de formulare. Având un proces inflamator în articulaţiuni, interesând în deosebi părţile moi, se va administra pe articulaţia bolnavă o şedinţă, dintr'o proiecţiune oarecare; Raze dure, câmp deschis, sau cu localizator, după nevoe şi împrejurări, în doză de 50—60 unităţi „r". După câteva zile, bolnavul ne va spune dacă doza este potrivită şi la nevoe o vom corecta.

In principiu, se va urmări cu răbdare efectul tratamentului,

fără a se iradia prea multe regiuni odată. Dacă va trebui să se repete ședința, pe ici-pe colo, se va alege și alte câmpuri de intrare.

Cu cât acest tratament se va administra mai de timpuriu, cu atât vindecarea va fi mai completă.

Să ne mulțumim, dacă obținem rezultate bune cu cantități cât mai mici de raze. De altcum aceasta trebue să fie o normă generală în radioterapie.

Concluziuni: In poliartrita acută reumatică, radioterapia este un factor vindecător de primul ordin. Ea grăbește vindecarea boalei și scurtează suferințele bolnavului.

La roentgen-terapie dans la polyarthrite aigue rhumatismale.

L'auteur choisit 3 observations parmi les nombreux cas de polyartrite rhumatismale aigue qu'il a traités dans le dernier temps, en démontrant les effets de la radiothérapie sur cette maladie.

Il a obtenu un résultat excellent avec des petites doses de rayons x, et insiste pour ce traitement dans tous les cas, mais surtout dans ceux chez lesquels l'administration médicamenteuse restait inefficace. La röntgen-thérapie suprime, apres quelques heures, les douleurs, et apporte rapidement la guérison de la maladie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul de Stat R.-Vâlcea

TRATAMENTUL MEDICAL AL PIOARTRITELOR

de

D-r MINUȘ MUSTĂCIOSU și **D-r GH. CONSTANTINESCU**

Până la apariția sulfamidelor, artritele supurate cu „coci" nu beneficiau decât parțial de tratament medical și atunci lăsând sechele, deformări, limitarea mișcărilor sau anchiloza completă a articulației. Tratamentul chirurgical era adeseori necesar și urgent.

Odată cu întrebuințarea noilor arme terapeutice antiinfecțioase (sulfamidele și penicilina), pe lângă cele existente, pioartritele tratate la timp se vindecă nelăsând urme și turburări funcționale și fără a mai recurge la tratamentul chirurgical.

Aceste substanțe se pot folosi în asociație concomitent sau fiecare individual însoțindu-le și de alte mijloace ajutătoare.

Dozele întrebuințate, ritmul și calea de administrare sunt în raport cu natura și forma clinică a supurației și cunoașterea lor, are o deosebită importanță pentru succesul tratamentului.

Câteva cazuri observate și tratate ne-a permis să tragem unele concluziuni utile:

I. Obs. No. 2291/1946.

Bolnavul C. C., în vârstă de 60 ani suferind dela 18.XII, intră în spital la 27.XII.946, având frisoane, febră și tumefacția dureroasă a genunchiului drept.

Antecedentele personale şi heredo-colaterale sunt fără importanţă.

Starea prezentă. — Genunchiul drept este puternic tumefiat, pielea de deasupra întinsă, lucie şi caldă. Are şoc ratulian. Ţesuturile de deasupra şi de desubtul articulaţiei sunt tumefiate. Tumefacţia coapsei urcă până sus. In regiunea inghinală dreaptă se palpează câţiva ganglioni. Bolnavul se vaetă de durere şi nu poate umbla pe picioare.

Este febril, febra oscilând între 37,05 şi 38,05.

Celelalte aparate şi organe sunt în stare normală.

In urină nu s'a găsit albumină. R. B. Wasserman a fost negativă, viteza de sedimentare a hematiilor după 36 a fost 75 mm. după 60/100 m.m.

Puncţia articulară a arătat puroi galben-verzui în care s'a găsit pneumococ.

Diagnostic: Pioartrita pneumococică a genunchiului drept.

Tratament şi Evoluţie. — In primele 4 zile am administrat câte 5 gr. Cibazol pe gură şi 20.000 u. penicilină, tot la 3 ore, intramuscular fără rezultat.

In a V-a zi de tratament am extras prin puncţie 80 c. c. puroi din articulaţie şi am introdus 35.000 u. Penicilină. In acelaş timp am continuat tratamentul de mai sus, pe cale generală, cu P. i. m. şi Cibazol tablete intern.

In ziua următoare am extras 35 c. c. puroi din articulaţie şi am introdus 75.000 u. P., în acelaş timp continuând tratamentul general cu sulfamide şi penicilină.

După 2 zile am extras din articulaţie 30 c. c. lichid puţin tulbure şi am introdus 50.000 u. P. continuând şi tratamentul mixt pe cale generală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După alte 2 zile am evacuat din articulaţie 16 c. c. lichid sero-citrin, şi am introdus 50.000 u. P.

După 10 zile de tratament artrita s'a vindecat, tumefacţia periarticulară s'a redus mult, bolnavul a început să meargă pe picioare.

In acest timp i s'a administrat 45 gr. Cibazol oral, 800.000 u. Penicilină i. m. şi 210.000 u. Pen. intraarticular.

Pentrucă tumefacţia articulară nu cedase complet bolnavul a continuat să rămână în spital.

După 10 zile de apirexie face brusc 40°, şi are semne de congestie pulmonară stg. pentru care i se aplică tratament mixt penicilină şi sulfamide pe cale generală. Congestia pulmonară se vindecă după cinci zile de tratament. Pacientul debilitat şi cu o vârstă înaintată a avut o convalescenţă lungă. Revăzut după o lună era restabilit.

Din acest caz se observă că atâta timp cât am aplicat tratamentul numai pe cale generală n'am obţinut nicio ameliorare în evoluţia bolii: îndată însă ce am administrat penicilina local, intraarticular, semnele de inflamaţie s'au atenuat, cantitateà de puroi à început să scadă dela o puncţie la alta, deşi doza totală de penicilină administrată intra-articular a fost de patru ori mai mică decât aceia folosită pe cale generală.

Ţinând seama de observaţia de mai sus în cazurile următoare am folosit penicilina numai intra-articular cu rezultate mai prompte.

II. Obs. 1166/1947.

T. E. în vârstă de 40 ani suferind de două săptămâni se internează

în spital la 9.VI pentru tumefacția dureroasă a genunchiului stâng si febră.

A. P. Un avort spontan și un născut mort.

Starea prezentă. — Genunchiul stâng este tumefiat mult.

Tegumentele legale sunt roze și calde. La palpare se constată fluctuență și durere. Durerea se produce și spontan. Nu se poate menține pe membrul inferior stâng și nici nu poate merge pe picioare.

Are oarecare secreție vaginală.

Celelalte aparate și țesuturi sunt în stare normală. In urină nu s'a găsit albumină. In secreția vaginală s'a găsit floră microbiană variată cu absența gonococului.

Prin funcționarea articulației s'a extras lichid purulent în care s'a găsit gonococ.

Diagnostic. Pioartrită gonococică a genunchiului stâng.

Tratament și Evoluție. — Zilnic 3 gr. de Cibazol pe calea generală 10 zile consecutive. In acelaș timp tot la 2 zile am evacuat prin puncție lichidul purulent din articulație introducând de fiecare dată câte 100.000 u. P., însumând 400.000 u. Penicilină. La prima și a doua puncție am extras câte 60 c. c. lichid purulent: la ultimile două puncții câte 24 c. c. lichid mai puțin tulbure. Febra, care la început oscila între 37,05 și 38,04 a scăzut treptat și după 10 zile de tratament fenomenele generale și locale au dispărut și bolnava a început să meargă pe picioare. A mai stat în observație 5 zile și a plecat vindecată.

III. Obs. No. 1347/1947.

B. C. în vârstă de 32 ani e bolnavă de două săptămâni. In prima săptămână a avut febră și stare generală rea, după care a constatat că genunchiul stâng se tumefiază și devine dureros.

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

A. P. și H. C. fără importanță.

Starea prezentă. — Tip constituțional brevilin astenic. E febrilă 38,08.

Aparatul respirator și cardiac, sunt în stare normală.

Aparat digestiv. — Numeroase carii dentare, în rest normal.

Aparat locomotor. — Articulația genunchiului stâng este tumefiată foarte mult, e dureroasă spontan și la mișcări pasive. Se constată sod rotulian. Membrul inferior stâng este în semi-flecsiune. Mersul nu e posibil. In urină s'au găsit urme de albumină. In ziua internării am extras prin puncție articulară 60 c. c. lichid tulbure în care s'au găsit diplococi. Am introdus intraarticular 100.000 u. penicilină și a primit concomitent 10 tablete Cibazol. In a doua zi i s'a administrat numai Cibazol (10 tablete). In a treia zi am extras 60 c. c. lichid mai puțin tulbure și am introdus 100.000 u. P. In a patra zi a primit 10 tablete cibazol.

In a cincea zi de tratament am extras din articulație 10 c. c. lichid seros și neavând penicilină am introdus 10 cc. soluție de cibazol. Intre timp febra coborâse și oscila între 37,02—37,04, tumefacția și durerea scăzuse. Incă două zile a mai primit câte cinci t. de cibazol fără altă medicație locală. Bolnava a devenit afebrilă, a început să meargă pe picioare cu oarecare jenă și pentrucă tumefacția articulației nu se redusese complet, a mai rămas în observație încă 10 zile plecând vindecată.

A fost internată în total 17 zile. Tratamentul medicamentos a durat 7 zile, însumând 27 gr. cibazol pe gură plus 2 gr. soluție intraarticular și 200.000 u. P. intraarticular repartizate egal la 2 zile interval.

IV. Obs. No. 854/947.

N. I. de 24 ani vine în spital pentru tumefacția dureroasă a genunchiului stâng boală care s'a desvoltat la trei zile după ce căzuse pe acest genunchi.

A. P. Tifus exantematic în 1941.

Starea prezentă. — Genunchele stâng este tumefiat, de colorație roză, cu tegumentele calde. La palpare se constată fluctuență. Acuză durere spontan și la mișcările pasive. Nu poate merge. Este febril 39^{06}. Prin punționarea articulației s'au scos 80 c. c. puroi bine legat alb-gălbui și s'au introdus intraarticular 5 c. c. soluție cibazol. A doua zi s'a repetat și ulterior tot la trei zile s'a extras puroiul și s'au introdus câte 5 c.c. cibazol. După cinci zile febra a coborât la normal. A plecat vindecat după 14 zile de spitalizare în care timp i s'au făcut 30 c. c. soluție cibazol intraarticular.

V. Obs. No. 1362/947.

Este bolnavă de 7 zile. Acuză durere la genunchiul drept, care este tumefiat. La palpare se constată fluctuență. Nu se poate sprijini pe membrul inferior drept. Are febră. 38^{02}. Prin punctie articulară i s'au extras 90 c. c. puroi galben-verzui. S'au introdus în cavitate 5 c.c. soluție cibazol. In a treia zi s'au extras 20 c.c. puroi și s'au introdus tot 5 c.c. cibazol. După două zile s'au mai extras 20 c.c. puroi și s'au introdus în articulație 100.000 u. P. după care febra ce oscila între 37^0—38^0 a coborît la normal. Tumefacția s'a redus, bolnavul a început să umble pe picioare și a plecat vindecat după 12 zile de spitalizare.

CONCLUZIUNI:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Relatarea cazurilor noastre demonstrează că tratamentul medical al pioartritelor condus bine duce la vindecarea bolii fără a se interveni chirurgical.

Medicamentele cu eficacitate sigură sunt sulfamidele și penicilina. Ele se pot folosi în asociație sau separat. Condiția esențială a reușitei terapeutice este ca cel puțin unul dintre medicamente să se administreze local (intraarticular) după evacuarea prin punctie a puroiului.

Penicilina și sulfamidele aplicate pe cale generală, nici individual nici în asociație, nu duc la vindecarea bolii.

Administrarea penicilinei pe cale generală, chiar în doze mari, este inutilă și constitue o cheltuială de prisos. Metoda cea mai practică și mai eficace constă în a administra penicilină local (intraarticular), după extragerea puroiului, câte 100.000 u. tot a doua zi și a da concomitent 3 gr. de sulfamide oral zilnic.

La acest tratament mixt toți „cocii" reacționează favorabil, asemănător.

Cantitatea de penicilină necesară variază între 400.000—600.000 u. după intensitatea bolii și starea terenului; cantitatea de sulfamide oscilează între 15 și 25 de gr.

Durata tratamentului variază între 8—12 zile, în care timp dispar toate fenomenele generale și locale.

Convalescența este scurtă.

Spitalul Filiaşi-Dolj
Medic Sef al Spit.: Dr. D. I. Pană

ANESTEZIA NERVILOR LUI ARNOLD CA TRATAMENT AL CEFALEELOR.

de

D-r DUMITRU I. PANĂ şi D-r CONSTANTIN I. PANA

Cefaleea constituie prin frecvenţa cu care se întâlneşte şi tenacitatea faţă de diversele metode terapeutice, una dintre problemele care pun deseori la grea încercare pe medicul practician.

Lipsa unui tratament raţional, eficace, îşi găseşte explicaţia în necunoaşterea patogeniei cefaleei care se află încă în stadiul ipotezelor. Oarecare lumină în acest domeniu a adus **Stöhr.** El a descris în grosimea pereţilor vaselor din pia-mater şi plexurile choroide, aparate nervoase complexe.

Pornind dela această constatare şi dela lipsa de sensibilitate a scoarţei cerebrale la traumatisme (puncţii, incizii), Müller consideră ca punct de plecare al mecanismului cefaleei pia-mater; iar alţi autori dura-mater. Aparatele nervoase descrise de **Stöhr** sunt excitate după majoritatea autorilor de vaso-dilataţia dela nivelul meningelor, care este în legătură cu modificările tensionale ale lichidului cefalo-rachidian, determinate fie de oscilaţiile tensiunei arteriale (Weed-Kibben), fie de perturbaţiile survenite în funcţiunea barierei active dintre spaţiul subarachnoidian şi vasele limfatice (foiţa de reflexie a arachnoidei pe pia-mater). Calea pe care o urmează această excitaţie nervoasă şi locul ei de prefacere nu se cunoaşte încă.

Biblioteca Universitatea "Ion Ionescu de la Brad" Iaşi

In 1942, **Prof. Papilian** reia, în colaborare cu **D-r Russu,** studiul experimental (pe animale) al circulaţiei l.c.r. Cu această ocazie a observat că nervii occipitali ai lui Arnold (ramurile posterioare ale nervilor perechei a doua rachidiene), au rol evident în circulaţia sanghuină şi lichidiană a creerului. Cercetările experimentale, făcute apoi cu scopul de a stabili modul intim prin care nervii occipitali mari influenţează circulaţia umorală a creerului, au prezentat dificultăţi de interpretare, din care pricină au fost părăsite.

Bazat pe ipoteza vaso-dilataţiei în patogenia cefaleei şi pe rolul nervilor occipitali în circulaţia creerului, **Prof. Papilian** alege pentru experimentat material uman. Stabileşte în colaborare cu **D-r Nana** modul şi tehnica novocainizărei nervilor lui Arnold şi o aplică cu rezultate frumoase în cefalee unde se bănuia o congestie meningială, ori un dezechilibru în circulaţia l.c.r. (cefaleea post-rachi-anestezică şi traumatică).

Rezultate tot aşa de bune au fost obţinute apoi de: **Russu—Iubu; Papilian—Russu—Păcurariu; Covali—Bălan; Faur—Ioanovici.**

Noi am aplicat anestezia nervilor occipitali ai lui Arnold la 11 cazuri de cefalee cu natură diferită: un caz de cefalee post-rachi-anestezică, unul de migrenă cu cefalee, două de cefalee esenţială, două de cefalee traumatică şi cinci de cefalee simptomatică (cholecistită, sinusită frontală, abces dentar, turburări ovariene).

Redăm observaţia clinică a cazurilor mai demonstrative:

Obs. I-a: C. A. 42 ani, plugar, Dănceu-Mehedinţi, este operat în Spitalul Filiaşi la 3 Septembrie 1947 de hernie inghuino-scrotală bilaterală sub rachianestezie. La 4 zile după operaţie apare cefaleea intensă localizată în regiunea occipitală cu iradiere în ceafă şi care se intensifică la cea mai mică mişcare a extremităţei cefalice. Se administrează anti-nevralgice, hipertensive, apă distilată intra venos (**Leriche**) fără rezultat. La 10 Septembrie se execută novocainizarea nervilor lui Arnold cu câte 10 cc. dintr'o soluţie de novocaină 1,5%, după care cefaleea dispare imediat şi definitiv.

Obs. II-a: P. A., de 33 ani, casnică, din Argineşti-Mehedinţi, se prezintă la consultaţiile serviciului nostru în ziua de 3 Aprilie 1946, cu cefalee care datează de 6 luni. Ea a apărut brusc în cortegiul simptomatic al unei sinusite congestive frontale bilaterale. Cortegiul simptomatic al sinuziţei s'a amendat după un tratament de o săptămână, în timp ce durerea de cap a persistat şi n'a reacţionat la nici'un tratament obişnuit. Se fac 3 novocainizări ale nervilor lui Arnold cu câte 5 cc. de fiecare dată cu novocaină 1%, la interval de câte 7 zile. După a doua novocainizare ameliorarea este netă, iar după a treia cefaleea dispare complet. Controlată după trei luni bolnava nu prezintă nici'o acuză.

Obs. III-a: O. G. de 33 ani, casnică, Filiaşi-Dolj, se prezintă serviciului nostru la 14 Martie 1945, unde se stabileşte diagnosticul: cefalee esenţială, de care suferă de 3 ani şi pentru care a urmat cele mai variate tratamente. S'au făcut două novocainizări ale nervilor lui Arnold (bilaterală) cu câte 10 cc. din soluţia de 1,5%, la interval de o săptămână. Ameliorarea uşor după prima şedinţă, cefaleea dispare complect după a doua.

Obs. IV-a: R: M., 52 ani, casnică, Filiaşi-Dolj, s'a prezentat la consultaţiile noastre în 18 Mai 1944, diagnosticându-se Cholecistită cronică (necalculoasă) cu cefaleee intensă. Se aplică tratamentul adecvat boalei principale şi fenomenele clinice de Cholecistită se ameliorează evident. Cefaleea persistă însă cu aceeaşi intensitate. La 12 Iulie 1944 se execută novocainizarea nervilor lui Arnold cu câte 10 cc. novocaină 1,5% după care, intensitatea cefaleei se reduce simţitor. La 4 zile se repetă novocainizarea şi cefaleea dispare complet. Controlul repetat a stabilit absenţa cefaleei până în prezent, deşi între timp fenomenele de cholecistită au mai apărut.

Am executat anestezia nervilor lui Arnold după tehnica descrisă de **Papilian—Nana** în 1942. Am întrebuinţat de fiecare dată câte 20 cc. (10 cc. de fiecare parte) dintr'o soluţie de 1,5% Novocaină, în afară de 2 cazuri, unde s'au administrat numai câte 5 cc. de fiecare parte din soluţia de 1%. Am fost nevoiţi să practicăm novocainizarea cu a cantitate aşa de mică în aceste cazuri din pricina dificultăţilor întâmpinate de bolnavi la procurarea anestezicului.

In cazurile în care cefaleea n'a dispărut după prima novocainizare, am repetat novocainizarea de trei ori, la interval de 5—7 zile. Deşi în două cazuri după cum vom vedea mai jos, am avut ca ultim rezultat ameliorarea, totuşi nu am repetat de mai multe ori novocainizarea, deoarece există date statistice relativ la cefaleea post-rachianestezică, din care reese că un număr mai mare de 3 infiltraţii, repetate la interval de 7 zile este de prisos. Cefaleea care nu a cedat după două-trei novocainizări, numai dispare (**Covali—Bălan**).

Bolnavii au fost observaţi amănunţit timp de 24 până la 48 ore după novocainizare; ambulanţii în acest scop erau reţinuţi în spital. Cu această ocazie am observat că ei prezintă imediat după infiltraţia cu Novocaină o senzaţie de constricţie, de apăsare intra-craniană. După 20—30 minute această apăsare este urmată de svâcniturі, arsuri şi ameţeli. Faţa se congestionează puternic şi apoi bolnavul adoarme. Cefaleea, de cele mai multe ori dispare imediat după beţia novocainică; alteori după 18—24 ore. Dispariţia ei este definitivă. Alteori reapare după 10—24 ore şi prezintă o intensitate crescândă, fără a o atinge pe cea iniţială. Revenirea cefaleei cu aceaşi intensitate, pe carè a avut-o înainte de novocainizare este excepţională.

După eşirea din spital, bolnavii au fost şi sunt sistematic controlaţi. In felul acesta primele cazuri au fost controlate timp de 2 ani.

Cazurile noastre nu au fost selecţionate. Am aplicat intenţionat în toate cazurile mai întâi metodele terapeutice clasice şi numai în ultima instanţă am recurs la anestezia nervilor lui Arnold. Aceasta tocmai pentru a scoate în relief, comparativ, valoarea terapeutică a anesteziei nervilor lui Arnold.

Din 11 cazuri, am obţinut dispariţia cefaleei în 9 cazuri şi ameliorare evidentă în două. In trei cazuri cefaleea a dispărut după prima novocainizare, în 4 după a doua şi în două după a treia. In două dintre acestea din urmă s'a folosit o doză prea mică de Novacaină şi credem că tocmai aceasta ar fi cauza pentru care au necesitat trei novocainizări. Intr'un caz de cefalee cu tulburări ovariene şi unul de cefalee traumatică am obţinut numai ameliorare accentuată. Amândouă cefaleele datau de peste un an.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ceea ce priveşte modul de acţiune al acestei metode noui terapeutice, în prezent se poate afirma cu siguranţă că ea influenţează numai mecanismul de producere al cefaleei, nu şi leziunea organică determinantă. Aceasta este concluzia la care ajunge **Prof. Papilian** în 1942, când folosindu-se de materialul pus la dispoziţie de a XVI-a reuniune neurologică dela Paris, emite o nouă ipoteză, cea mai aprapiată de adevăr, în patogeneza cefaleelor.

Prof. Papilian pornind dela cercetările experimentale ale lui **Claude Bernard—Tournay** şi dela teoria „eliberărei" a lui **Head**, consideră cefaleea drept consecinţă a dezechilibrului survenit în funcţiunea aparatului regulator al sensibilităţei capului. Acest aparat regulator, excito-inhibitor, ar fi alcătuit dintr'un centru (sistemul ganglionului lui Gasser) şi două sisteme regulatoare: unul inhibitor de natură simpatică situat la nivelul ganglionului şi altul excitator, la nivelul talamusului. Când excitaţia periferică venită prin nervii occipitali ai lui Arnold are intensitatea necesară să înfrângă acţiunea inhibitoare a simpaticului apare durerea.

Novocainizarea nervilor mari occipitali reprezentând o secţiune fiziologică, împiedecă excitaţia periferică să ajungă la sistemul Gasser şi să depăşească în intensitate acţiunea inhibitoare a sistemului simpatic. Acesta din urmă predomină în lipsa excitaţiei periferice şi durerea dispare.

Anestezia nervilor lui Arnold acţionând numai asupra funcţiunii sistemului regulator al sensibilităţii capului, nu şi asupra leziunei orga-

nice de bază, ne punem întrebarea dacă dispariţia cefaleei după una sau mai multe infiltraţii este definitivă sau temporară. Cazurile publicate până acum, din diferite motive, au fost controlate numai două luni, din care cauză autorii nu au putut trage nicio concluzie în această direcţie.

Noi am urmărit fiecare caz dela novocainizare până în prezent. Două din aceste cazuri au fost controlate timp de doi ani. La nici unul nu am observat reapariţia cefaleei, ceea ce ne face să credem că efectul acestei noui metode este de durată lungă. Nu putem afirma că este definitiv din cauza numărului redus de cazuri.

N'am întâlnit niciodată accidentele descrise de **Faur** şi **Ioanovici**: starea de precolaps găsită de ei într'un procent de 9% sau starea de psihoză 1%.

Din observaţiile noastre rezultă că anestezia nervilor lui Arnold dă rezultate în orice cefalee, indiferent de leziunea organică determinantă. Această constatare vine în sprijinul ipotezei **Prof. Papilian** care susţine că această metodă nouă terapeutică influenţează numai mecanismul de producere al sindromului.

Rezultatele obţinute de alţii şi de noi pe deoparte, iar pe dealtă parte tehnica uşoară, inofensivă, precum şi avantajiile largi de apllicare la orice cefalee fără selecţionare prealabilă, care să necesite examinări complexe de specialitate ne îndreptăţeşte că o considerăm ca o metodă terapeutică eficace în cefalee, superioară celor cunoscute până acum şi la îndemâna ori cărui medic practician.

CONCLUZII:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. Anestezia nervilor lui Arnold este o metodă terapeutică nouă în cefalee şi la îndemâna oricărui medic practician.

II. Are rezultat prompt în majoritatea cefaleelor cu cele mai variate origini.

III. Acţionează asupra mecanismului patogenic al cefaleei şi nu asupra leziunilor organice provocatoare.

IV. Dispariţia cefaleei sau ameliorarea ei este evidentă şi de lungă durată (2 ani).

BIBLIOGRAFIE

1. **Prof. D-r Papilian — D-r Nana:** Un nou tratament al cefaleelor. Ardealul Medical, Mai 1942.

2. **Prof. D-r Papalian — D-r I. G. Russu — D-r I. Păcurariu:** Tratamentul cefaleelor de origină oculară prin anestezia nervilor occipitali mari. Ardealul Medical, August 1942.

3. **Prof. D-r Papilian:** Un nou tratament al cefalelor şi o nouă concepţie patogenică a durerei în cefalee. Mişcarea Medicală Română Craiovà, Nr: 9-10/1942.

4. **D-r N. Covali — Int. N. Bălan:** Tratamentul cefaleelor post rachianestezice prin metoda anestezierei nervilor occipitali. România Medicală, Mai 1943.

5. **I. G. Russu — Iubu:** Tratamentul cefaleei prin anestezia marelui nerv suboccipital al lui Arnold. România Medicală Nr: 9/1942.

6. **D-r G. Faur şi D-r Ianovici:** Anestezia nervilor lui Arnold în sindromul cefalee. Ardealul Medical Nr: 9-10/1946.

TRATAMENTUL SCABIEI CU D. D. T.

de

D-r M. MUSTACIOSU

Derivaţii aromatici cloraţi (dicloro-difenil-tricloretan; dicloro-difenil-tricloromctylenetan; taxacloro-cyclohexan) cunoscuţi sub diverse denumiri (Neocid, Anacid, etc.) şi cuprinşi sub numele D. D. T. au o acţiune toxică asupra parazitului care determină scabia umană Sarcoptes Scabiei.

Am tratat zece bolnavi de scabie cu pulbere D. D. T. Au fost scabii simple şi scabii piodermizate. Un caz data de mai mulţi ani tratat fără succes cu pomadă sulfurică. Toţi bolnavii s'au vindecat. Pentru a se obţine vindecarea sigură este necesar ca pudra să atingă paraziţii care sunt destul de sensibili la acest produs. Se ştie că larvele, masculii şi femelele pubere se găsesc la suprafaţa pielei. Femelele fecundate stau în şanţurile acariene, săpate în epidermul cornos.

Simplul pudraj al pielii adeseori nu duce la vindecarea bolii deoarece paraziţii din tuneluri rămân intacţi.

Unii autori au propus ca prin ceaiuri calde şi administrare de pilocarpină să se provoace o sudaţie în cursul căreia pudra umectată pătrunde în şanţurile acariene unde se găsesc paraziţii.

Procedeul acesta nu e practic, oboseşte bolnavul şi adeseori nu se reuşeşte a provoca o sudaţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru a atinge scopul urmărit de a ucide atât paraziţii depe piele cât şi paraziţii din galerii m'am folosit de următoarea soluţie:

Pulbere D. D. T. 10% în amestec cu talc	**500 gr.**
Glicerină	**100 „**
Apă	**1000 c. c.**

Bine amestecat

D. Ş. extern

Se formează astfel o soluţie albă lăptoasă din care bolnavul se unge dela gât în jos pe toată suprafaţa corpului; seara la culcare înainte de a se usca soluţia pe piele bolnavul este pudrat cu ajutorul unui burete sau tampon format din tifon cu un amestec de D. D. T. 10% în pulbere de talc pe care trebue să-l avem la îndemână.

Bolnavul astfel tratat se culcă desbrăcat învelit în cearceafuri. Dimineaţa face baie, ia rufărie curată spălată, fiartă. Dă la spălat şi fiert rufăria pe care a dormit şi cu care a fost îmbrăcat în ziua precedentă. Operaţia se repetă încă două seri. Tratamentul astfel făcut trei seri consecutive este suficient.

Soluţia aceasta apoasă-glicerinată face ca produsul toxic să adere intim de piele, să pătrundă în şanţurile acariene pentru a ucide paraziţii pătrunşi în ele.

Pudrajul aplicat permite ca toată suprafața corpului să fie bine acoperită cu amestecul paraziticid. Cu acest procedeu nu mai este nevoe de-a provoca sudația pielei, care adeseori nu se obține. — Când nu avem glicerină sau când tratamentul se aplică în serie pentru a fi mai puțin costisitor soluția poate fi simplă, apoasă fără glicerină.

Trebue reținut că în acest tratament pulberea D. D. T. nu se folosește pură, ci în amestec de talc 10% pentru a nu provoca prurit și iritația pelei. Pulberea livrată de M. S. este preparată în difuziune de 10% amestecată cu talc.

Acest tratament se poate aplica în serie în timpul campaniilor, în internate, la infermerii și spitale în felul următor: Se face o soluție apoasă conținând 500 gr. amestec de pulbere D. D. T. la 1000 gr. apă cu care se unge pielea bolnavului, apoi se face pudrarea până la acoperirea complectă și uniformă a întregii suprafețe a corpului și se repetă operația încă două seri.

Concomitent se face deparazitarea rufăriei și îmbrăcămintei de corp și de pat, atât aceleia care poate fi fiartă, dar mai ales a aceleia care nu poate fi fiartă (ciorapi femenini, rochii cojoace, mănuși, pulovere, etc.) prin pudrarea lor cu amestec D. D. T. pulverizat cu unul din aparatele întrebuințate în acest scop. Rufăria pulverizată închisă într'un dulap sau o ladă trebue menținută minimum patru ore pentru ca acarienii să moară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Avantajele și importanța tratamentului scabiei cu D. D. T. sunt numeroase:

a) Față cu tratamentul cu pomadă sulfurică tratamentul cu pulbere D. D. T. în soluție apoasă glicerinată are îndoitul avantaj că nu prezintă miros respingător și decelativ ca sulful și totdeodată rufăria nu se îmbâcsește cu vaselină.

Rufăria spălată după terminarea tratamentului cu D. D. T. nu are nici un miros, în timp ce după tratamentul cu pomadă, sulfurică păstrează mult timp mirosul de sulf.

Folosind praful D. D. T. avem posibilitatea de a deparazita prin pulverizare îmbrăcămintea și rufăria contaminată care nu permite să fie fiartă. In tratamentul sulfurat bolnavii neputând să fiarbă rufăria sau îmbrăcămintea care se distruge prin fierbere, după câteva zile îmbrăcau aceeași rufărie sau vestminte externe, care veniseră direct în contact cu pielea, contaminate și scabia recidivă.

b) Soluția Wlemingks cu sulfură de calciu nu numai că are un miros f. respingător, dar este iritantă și adeseori provoacă exematizare.

Pulberea D. D. T. pură este și ea iritantă și dă prurit, deaceea se va folosi numai în amestec cu talc 10%, concentrație suficientă ca să vindece scabia fără să provoace iritațiuni ale tegumentelor. — Tratamentul cu D. D. T. se aplică în același mod și fără nici un inconvenient și la copii a căror piele adeseori nu tolerează sulful.

e) Celelalte antiscabioase: benzoatul de benzyl şi Retenonul au eficacitate redusă, sunt greu de procurat şi tocmai de aceea destul de costisitoare. Astăzi pulberea D. D. T. o putem obţine mai uşor şi mai eftin chiar decât sulful.

* * *

Tratamentul scabiei cu D. D. T. este practic, eficient, fără inconveniente, se poate aplica atât la adulţi cât şi la copil fie individual, pături, haine ca şi a rufăriei ce nu poate fi fiartă, excluzând recidivele.

Este recomandabil a se aplica în cursul campaniilor instruindu-se în acest scop echipele şi dotându-le cu pulbere D. D. T. şi pompe pentrucă numai aplicareea în masă va duce la dispariţia bolii.

PENICILINA IN TRATAMENTUL CARBUNELUI

de

D-r EMIL BÂRZU

Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Cluj

In ziua de 17 Septemvrie 1947 s'a prezentat în cabinetul meu M. Gn. în vârstă de 17 ani, de profesiune ucenic cojocar, din comuna Siria jud. Arad, cu o **pustulă malignă** localizată la cap — în vecinătatea unghiului intern a orbitei stângi.

Inainte cu patru zile a fost examinat de medicul din acea localitate, care după ce îi pune acelaş diagnostic, îl trimite la spital. Bolnavul în loc să urmeze sfatul medicului şi-a părăsit serviciul şi a venit la părinţii săi cari locuiesc în comuna noastră.

La **examenul obiectiv** era prezentă o escară neagră centrală. Pustula era înconjurată de mici băşicuţe având un conţinut sero-citrin (areola Chaussier). Intreg hemicraniu stâng este cuprins de edem pronunţat, având pleoapele tumefiate încât bolnavul nu-şi putea deschide de loc ochiul stâng.

Simptomele generale erau accentuate: avea frison, puls frecvent, febră 40°, transpiraţie, cefalee, anorexie şi vărsături.

La insistenţa părinţilor cari nu voia să-l interneze la spital, având la dispoziţie atât ser anticărbunos cât şi penicilină termostabilă, am acceptat să-l îngrijesc la domiciliu. Local, am urmat tratamentul conservator recomandat de Drevermann şi considerat astăzi ca cel mai bun cu alifie simplă şi pansamente rare. Cât priveşte tratamentul general, început în ziua de 17 Septemvrie cu inocularea à 50 cmc. de ser anticărbunos, concomitent a fost continuat cu penicilină. Am avut la dispoziţie o fiolă de penicilină C.S.C. termostabilă de 200 mii unităţi. I-am făcut 10 mii unităţi intramuscular tot la 3 ore interval.

Tratamentul cu ser anticărbunos a fost continuat şi în zilele de 18 şi 19 Septemvrie 1947, administrându-se zilnic intramuscular 50 cmc. până am ajuns la 150 cmc. Natural că tot timpul am continuat şi tratamentul

local. După o săptămână, bolnavul nu s'a mai prezentat în cabinetul meu. Interesându-mă de soarta lui am aflat că escara s'a eliminat fără a lăsa vreo ulceraţie în locul ei şi că bolnavul a plecat vindecat să-şi reia serviciul.

Se ştie că serul anticărbunos trebue considerat azi ca mijlocul suveran de combatere a infecţiei cărbunoase. Dar, pentru ca să ne dea rezultatul dorit, toate tratatele subliniază că acest tratament trebue aplicat cât mai precoce. Roux, a rezumat conduita medicului în întrebuinţarea sero-terapiei astfel: „frappez vite et frappez fort". Ori această conduită nu o mai puteam satisface odată ce bolnavul a venit la mine în a patra zi de boală. Pe lângă acest inconvenient, localizarea pustulei fiind la cap, mă găseam în faţa unei forme clinice, care după Iacobovici dă o mortalitate de 70%. Acestea au fost premisele dela care am plecat când m'am hotărît să asociez penicilino-terapia. Dela şcoala din Oxford (Abraham, Caim), ştim că bacilul cărbunelui face parte din categoria germenilor penicilino-sensibili. In literatura americană găsim publicate câteva cazuri de cărbune cutanat tratate şi vindecate cu penicilină. Primele cazuri asemănătoare pe care le găsim şi în literatura medicală română, au fost cele publicate de I. Gavrilă şi L. Comes. Şi în aceste cazuri penicilina a fost întrebuinţată ca un tratament adjuvant, cu scopul de a combate „prin cât mai multe mijloace masivitatea şi virulenţa infecţiei". In cazul de faţă, prognosticul meu dela început fiind rezervat, nu mică mi-a fost surprinderea când, la 24 ore dela începutul tratamentului, toate simptomele de toxi-infecţie virulentă dispar şi starea generală se ameliorează vizibil. Febra, după primele 24 ore a scăzut la normal, iar zona necrotică se delimitează şi se formează obişnuita crustă. De asemenea edemul pleoapelar cedează, încât bolnavul îşi poate deschide ochiul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

Th. Brugsch: Lehrbuch der inneren Medizin, Berlin 1930. — F. J. Collet: Precis de pathologie interne, paris 1931. — I. Gavrilă şi L. Comes: Penicilina în tratamentul cărbunelui, A. M. Nr. 11—12 1946. — Haţieganu-Goia: Tratat elementar de semiologie şi patologie medicală, Cluj 1939. — Iacobovici: Clinica chirurgicală generală, Vol. I. — M. Paraschiv: Tratamentul cu penicilina al unui caz de cărbune pulmonar, A. M. R. Nr. 5, 6, 7, 1947.—C. Velluda: Penicilina A. M. Nr. 5, 6, 7, 8, 1946 şi 12, 1947.

CONTRIBUŢIUNI LA TRATAMENTUL TETANOSULUI ACUT

de

D-r EMIL BÂRZU

Voiu prezenta un caz de tetanos acut, tratat şi vindecat la ţară, fără o doză suficientă de ser antitetanic. Neavând la dispoziţie nici medicamente antispasmotice sau cu valoare curativă, am recurs la anatoxină-terapie tetanică asociată cu penicilină.

In ziu de 18 Iunie 1947 este adus în cabinetul meu copilul S. Gh. în vârstă de 13 ani, din comuna Grăniceri Jud. Arad, având o plagă contuză la degetul mare dela piciorul drept.

Ant. Col.: Fără importanţă.

Ant. pers.: A suferit de pojar şi varicelă.

Istoric: Părinţii bolnavului spun că în dimineaţa acelei zile pe islazul unde păzea porcii s'a împiedecat şi s'a lovit de o piatră.

Examen obiectiv: La degetul mare dela piciorul drept tegumentele sunt distruse şi amestecate cu sânge, praf şi pământ. Prezentă durerea şi impotenţa funcţională parţială.

Conduita terapeutică: Voi menţiona că bolnavul mi-a fost adus chiar în ziua accidentului, deci plaga a fost recentă. Din această cauză am trecut la suprimarea elementelor cari produc desvoltarea infecţiei atât prin sterilizarea mecanică cât şi prin sterilizarea chimică. Nefiind vorba de o plagă profundă, n'a fost indicată sutura primitivă, aşa că tot tratamentul a fost conservator. Evoluţia ulterioară a plăgii a fost normală şi întrevedeam obţinerea unei vindecări per primam. Am continuat zilnic tratamentul conservator sperând să pot combate infecţia şi în acelaşi timp să pot realiza o reconstrucţie anatomică a elementelor distruse. Intenţia mea a fost să pun în aplicare principiile lui Carrel în tratamentul plăgilor, adică să realizez o steerilizare mecanică şi o sterilizare chimică.

In decursul acestui tratament am neglijat tratamentul preventiv cu ser antitetanic. Evoluţia ulterioară a acestui caz este un argument în plus contra acelor chirurgi cari nu cred necesară injecţia antitetanică niciodată, iar pentru un medic care practică medicina în mediul rural, este un argument ce îi poate dovedi riscul la care se poate expune în cazuri asemănătoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La data de 30 Iunie a. c., deci la 12 zile dela data accidentului am observat primele simptome cari pledau pentru un tetanos acut. Local plaga devine dureroasă, având un caracter de arsură. Bolnavul ne spune că în seara zilei de 29 Iunie ar fi avut dureri de tip anginos însoţite de o uşoară disfagie şi jenă dureroasă a cefei. Aceste simptome devin mai intense în ziua următoare şi sunt însoţite de o jenă în masticaţie şi în vorbire. Examinând plaga, într'un singur loc am observat că, aspectul devine uscat, aton, şi fără tendinţă de mugurire. Intre semnele generale cari pledează pentru intoxicaţia precoce a sistemului nervos central, sunt prezente: durerea de cap, lipsa poftei de mâncare şi insomnia. Deasemenea se poate constata exagerarea tonusului muscular şi a reflexelor osteo-tendinoase.

In cursul dimineţii zilei de 1 Iulie mi-am dat seama că mă găsesc în faţa unui caz de tetanos şi i-am efectuat o injecţie de 9000 μ ser antitetanic şi 2 cmc anatoxină tetanică. Ser antitetanic în cantitate mai mare n'am avut la dispoziţie. Datorită influenţei externe (după pansament) şi injecţiei, se produce o criză convulsivă însoţită de tremurături şi revulsii oculare. Cu toate că transpiră abundent, bolnavul nu este febril, având temperatura de 37,4°. In seara aceleiaşi zile familia bolnavului îmi comunică că starea sa generală s'a îmbunătăţit şi că a avut poftă de mâncare.

In cursul zilei de 2 Iulie am observat că, contractura musculară este mai evidentă şi are tendinţa de generalizare. In primul rând am observat

aceasta la nivelul muşchilor maseteri. Apare trismus. Contractura s'a putut evidenţia la muşchii cefei, apoi la nivelul membrelor superioare şi membrelor inferioare. Prezent spasmul muşchilor faringieni şi laringieni, producându-se o disfagie şi dispnee accentuată. Negăsind ser antitetanic la farmaciile din apropiere (în comuna mea nu este farmacie), dar având la dispoziţie o cantitate suficientă de anatoxină tetanică, în seara aceleiaşi zile m'am hotărît să tentez **anatoxinoterapia.** Cazul fiind serios i-am efectuat o injecţie intramusculară de 10 cmc anatoxină tetanică. În lipsa serului antitetanic, între timp mi se aduce, 200.000 u penicilină am fost influenţat de cazul publicat de Domnii Dr. V. Popescu şi Dr. V. Gasnaş *).

In cursul nopţii de 2 spre 3 Iulie am făcut tratamentul cu penicilină efectuând zece mii unităţi intramusculare tot la 3 ore interval. După 40 mii de unităţi am observat că starea generală a bolnavului se ameliorează. Revine pofta de mâncare, poate dormi şi dispar contracturile dela muşchii maseteri. Această stare se menţine până în după amiaza zilei de 3 Iulie când starea generală se agravează din nou. Notez că atât în cursul dimineţii cât şi în după amiaza zilei de 3 Iulie am mai efectuat de fiecare dată câte 10 cmc anatoxină tetanică. Tratamentul cu penicilină încă a fost continuat. Cam pela orele 16 bolnavul are dureri de cap greaţă şi vărsături. Febră suferă o urcare bruscă, până la 39⁰. Contractura musculară se accentuiază din nou şi are tendinţa de generalizare. Revine contracţia tonică a muşchilor maseteri încât masticaţia devine anevoioasă. Apare o hidrofobie. Contractura se intensifică atât la nivelul membrelor inferioare cât şi nivelul membrelor superioare. Spasmul muşchilor laringieni şi faringieni produc pe lângă o disfagie şi o dispnee pronunţată. Apar accesele paroxistice împreună cu o jenă respiratorie. Durata lor este de câteva secunde. In timpul acceselor se observă transpiraţie abundentă.

In cursul nopţii de 3 spre 4 Iulie, starea generală este rea. Din cauza repetării crizelor mă văd nevoit să fac uz de morfină asociat de scopolamină. Aceaş stare se menţine în tot cursul zilei de 4 Iulie. Cu toate acestea am continuat anatoxino-terapia paralel cu penicilino-terapia. Din cauza contracturii muşchilor faringelui simptomele digestive se manifestă prin imposibilitatea deglutiţei. Accesele clonice paroxistice sunt extrem de dureroase încât bolnavul e într'o stare continuă de teroare şi insomnie. Starea aceasta s'a menţinut încă 24 ore. Apoi zilnic, treptat, starea sa generală s'a înbunătăţit, iar la data de 20 Iulie bolnavul clinicește este vindecat. Doar la membrele inferioare rămân urme uşdare caracterizate prin rigiditate musculară.

Din descrierea acestui caz putem desprinde câteva concluzii demne de relevat.

Vaccinarea preventivă antitetanică să se facă la orice plagă.

Sterilizarea mecanică şi sterilizarea chimică nu pot garanta profilaxia antitetanică.

Anatoxino-terapia experimentată de P. Condrea şi Palii Spiridon, în lipsa sero-terapiei masive se poate aplica cu succes în cazurile de tetanos acut. Referitor la tehnica ei, aceasta este o problemă nerezol-

*) Publicat în Acta Medica Romana, No. 10 1946.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

vată. In cazul meu, probabil am întrebuințat prea mare cantitate. Starea generală s'a agravat din a doua zi de tratament cu anatoxină, se poate pune în legătură cu doza ridicată. Se știe că în cazurile de tetanos acut, acidoza este totdeauna mărită. După toate probabilitățile și eu am contribuit la mărirea acestei acidoze.

In instrucțiunile I. Cantacuzino, se spune că vaccinarea cu anatoxină tetanică nu provoacă reacții locale și extrem de rar reacții generale. Totuși în cazul de față ținând seama de cantitatea de anatoxină întrebuințată în scop terapeutic și de faptul că injecțiile cu ea au fost repetate câteva zile consecutiv, suntem îndreptățiți să credem că în acest fel am contribuit la agravarea aparentă.

Penicilino-terapia asociată cu anatoxino-terapia poate înlocui pe deplin sero-terapia masivă antitetanică. Chiar dacă peniciljna nu are proprietatea de a neutraliza toxina bacilului Nicolaer, ea fiind o substanță cu efecte antibiotice, va da posibilitatea organismului nostru să lupte mai ușor prin propriile sale mijloace de apărare.

Natural că stimulând aceste mijloace prin anatoxina tetanică, efectele ei vor fi mult mai mărite.

Nu trebue uitat că anatoxina tetanică a fost introdusă în tratamentul curativ al tetanosului încă din anul 1925, de către Ramon, descoperitorul ei. P. Condrea și Palii Spiridon subliniază proprietatea energică vaccinantă pe care o are anatoxina tetanică și prevăd posibilitatea prevenirei tetanosului numai prin vaccinare cu anatoxină tetanică la interval scurt fără aplicarea sero-terapiei preventive. Ei au publicat primul caz de tetanos acut generalizat, grav, vindecat numai cu anatoxină tetanică (1940).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tot în legătură cu agravarea aparentă a stării generale din timpul tratamentului trebue să menționez că acest fapt s'ar putea atribui și toxicității pe care o dă uneori penicilina. Au fost publicate numeroase cazuri în cari în timpul penicilino-terapiei s'au ivit diferite accidente. Dintre cele mai frecvente simptome cari au fost observate în acele casuri, sunt: temperatură ridicată, dureri de cap, indispoziție și dureri generalizate. Toate aceste simptome cari au fost prezente în cazul de față au putut fi provocate atât de anatoxina tetanică cât și de toxicitatea penicilinei.

BIBLIOGRAFIE

1. Collet F. I.: Précis de pathologie interne, tome II, 10 edition 1931.— 2. Condrea P. și Palli Spiridon: Contribuțiuni la tratamentul tetanosului. (Tetanos acut generalizat vindecat prin anatoxino-terapie). Rev. Științ. Med. Nr. 1 1940.—3. Goia-Hațieganu: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală vol. III, Cluj 1939.—4. Iacobovici I.: Clinica chirurgicală generală Socec, Vol. I, Pag. 371.—5. Pop Alexandru: Elemente de chirurgie 1943, H. Welther Sibiu.—6. Popescu-Gasnaș: Asupra penicilino-terapiei într'un caz de tetanos acut, Acta Medica Romana Nr. 10 1946.—7. Rubino A.: Manuale di terapia clinica con formulario ragionato, ed. 10, 1928.—8. Institutul Cantacuzino: Manual de boli infecțioase Fundația Regală 1944.

Secţia de ginecologie şi obstetrică — Spit. de stat Slat.na-Olt

DIAGNOSTICUL PRENATAL AL ANENCEFALIEI

de

D-r IULIAN GĂINA

Medic Primar

Anencefalia, una din malformaţiunile mai frecvent întâlnite la naşteri, e totuşi rareori diagnosticată în timpul sarcinei, cum în general e foarte greu de pus diagnosticul de malformaţiune, de orice natură ar fi ea, atât timp cât fătul respectiv e încă intrauterin, palparea abdominală nepermiţându-ne o examinare detalfată a conformaţiei fătului.

Totuşi, uneori, existenţa unor anumite semne ne permite ca, numai prin examen clinic, să diagnosticăm — sau cel puţin să bănuim — existenţa unui făt anencefal. Acete simptome pot fi prezenţa de hidramnios, anencefalia fiind, pe lângă sarcina generală univitelină, una din cele mai frecvente cauze ale hidramniosului; încetinirea bătăilor cordului fetal la apăsarea asupra extremităţii cefalice a fătului; senzaţia particulară, percepută de examinator, prin palparea capului deflectat, cu proeminenţa bulbilor oculari, aşa cum se întâlneşte uneori la anencefal; imposibilitatea palpării unei extremităţi cefalice care să dea examinatorului senzaţia unui craniu fetal normal; şi în sfârşit semnul pe care l-am întâlnit în cazul nostru, redat mai jos.

Constatarea unuia din aceste semne trebue să ne îndemne să facem un examen radiologic, radiografia fiind de mare utilitate pentru clarificarea diagnosticului. Bello şi Perez del Cerro într'un caz, Gernez şi Poinet, în 2 cazuri recente, au bănuit existenţa de făt anencefal, în urma faptului că palparea abdominală nu a permis identificarea unui cap fetal; diagnosticul de prezumţie fiind confirmat apoi prin radiografie.

Biblioteca Universităţii "Babeş-Bolyai" Cluj-Napoca

Intr'un caz recent, observat de noi, pe care îl redăm aici pe scurt, prezenţa altui semn clinic ne-a atras atenţiunea.

F. Obs. Nr. 1479/1946. — R. P. 20 ani, căsăt., casnică, tip gracil, longilin primigestă, gravidă 1.IX, intră în Maternitate în vederea apropiatei naşteri. Examinată de noi în 16.IX.1946, constatăm: fundul uterului la 2 degete sub apendicele xifoid, prezentaţie craniană, bătăile cordului fetal bune, la stânga şi dedesubtul ombilicului.

Ceea ce ne frapează este că la **palparea părţi antemergătoare,** care e capul fetal, — fătul reacţionează imediat prin **mişcări violente, convulsive, de scurtă durată.** Aceste mişcări se reproduceau în acelaş mod, cu o durată de aprox. 3—5 secunde, oridecâteori palpam capul fetal în zilele următoare, până la data naşterii. Reacţiile serologice, la mamă, negative. In ziua de 11 Oct. naşte, în prezentaţie facială, un făt viu, matur, de sex femenin, de 3200 grame, anencefal, de tip pseudencefal. Placenta normală, lichidul amniotic în cantitate normală. Faţa fătului bine conformată, globii oculari — contrar de ceea ce se întâlneşte de obicei la anencefali — nu erau proeminenţi. Nou-născutul anencefal trăeşte 2 zile, iar în 13 Oct. sucombă.

In cazul nostru deci apăsarea, prin palpare abdominală, asupra rudimentului de sistem nervos central cranian al fătului, declanşa ime-

diat mişcări violente convulsive, din partea sa. Este un semn rareori întâlnit (Devraigne, Siegmund), dar care ne permite, când există, diagnosticul ante partum de anencefal.

Examenul radiologic, în astfel de cazuri, confirmă de obicei diagnosticul clinic, de certitudine sau de prezumţie, — diagnosticul radiografic al anencefalului fiind în general uşor de pus (Lantuéjeul şi Lebouchard, Bello şi Perez, Siegmund). In cazul nostru, din lipsă de material necesar, consecinţă a stării postbelice, radiografia uterului nu a putut fi executată.

Din punct de vedere practic, stabilirea diagnosticului de anencefal încă în timpul sarcinei, ne dă posibilitatea de a scuti pe mamă, prin provocarea unei naşteri premature, de ducerea mai departe, până la termen, a acestei sarcini cu făt-monstru, neviabil.

Le diagnostic prénatal de l'anencephalie est souvent possible à l'aide de quelques symptomes cliniques, qui doivent être toute fois confirmés par la radiographie. — L'auteur rapporte l'observation d'un cas personel, chez lequel la pression sur la tête foetale, au cours de la palpation abdominale de la mère, declancha des mouvements violents, convulsifs, de courte durée de la part du foetus anencephal. L'intérêt pratique du diagnostic au cours de la gravidité est de permettre l'interruption prématurée de la grossesse, afin d'épargner à la mère a continuation d'une grossesse avec foetus malformé, non viable.

BIBLIOGRAAIE.—Belle Perez del Cerre, Rev. med. lat.-americ. 23, 1938. Lantuéjjeul et Lebouchard, Gynéc. et. Obstetr. 2, 1947. — Gernez et Poiret, Soc. Gynéc. et. Obstetr. Lille, 27. I. 1947. — Siegmund, Zbl. Gynäk. 7, 1943.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

URETRITELE BANALE

de

D-r FULVIU BUTEANU
Medic sec. Spit. „Grecescu" T. Severin

Sub numele de uretrite banale sau uretrite simple sau uretrite catarale se înţelege un sindrom caracterizat prin simptome ca acelea întâlnite în blenoragie: mâncărimi uretrale, usturimi uretrale la urinat şi scurgeri uretrale, acestea survenind împreună sau numai scurgerile uretrale şi în a căror etiologie nu se poate incrimina gonococul. Scurgerile uretrale, cari constitue cele mai dese ori singurul simptom al boalei pot fi purulente, sero-purulente ori sero-sanguinolente.

Este de cea mai mare importanţă a ne aminti întotdeauna în faţa unei scurgeri uretrale obligativitatea de a face un diagnostic etiologic exact, între uretritele banale şi cele blenoragice. Acest diagnostic se poate face numai printr'un examen bacteriologic serios şi când acesta nu ne permite în mod sigur a ne pronunţa, evoluţia boalei ne va indica diagnosticul, deşi evoluţia în uretritele gonococice este bine cunoscută, ducând la complicaţiunile clasice, iar evoluţia în uretritele banale este de cele mai multe ori benignă, numai uneori transformându-se într'un catar cronic uretral, care poate da şi complicaţiuni, dar nu cu caracterul celor gonococice.

In primul loc pentru elucidarea diagnosticului stă examenul bacteriologic. Coloraţia gramm a frotiurilor părea să fi rezolvat uşor pro-

plăcute şi instructive. Casa sa din Piaţa Lahovari era un adevărat muzeu de artă, unde vedeai operile artiştilor francezi şi români, în deosebi şi unde răsuna, foarte adeseori, muzică wagneriană, muzică care îl pasiona într'atât, încât era fericit când se ducea la Beyruth să asculte ciclul operilor genialului muzicant.

Ca profesor universitar, a ocupat Catedra de morfologie dela Iaşi, între anii 1894—96. După această dată s'a reîntors la Institutul Pasteur unde a lucrat până în anul 1902, când a fost rechemat la „Catedra de medicină experimentală" a Facultăţii de medicină din Bucureşti.

Ca medic şi om de ştiinţă Prof. Cantacuzino s'a dedicat din tinereţe studiilor de laborator pe care le-a început şi desăvârşit la Inst. Pasteur din Paris, unde figura marelui Pasteur, lumina încă asupra ştiinţei microbiologice. Acolo a lucrat cu Roux şi a cunoscut pe Mecinicov. Cu acesta din urmă a colaborat la studiul limfocitozei. Prof. I. Cantacuzino are o mare parte de contribuţie la pregătirea multor seruri şi vaccinuri care constituesc astăzi o puternică armă împotriva maladiilor infecţioase [1]).

Meritul cel mare al Prof. Cantacuzino a fost acela de organizator, pe planuri mari, fapt care l-a determinat încă dela venirea sa în ţară să propună şi să impună Statului Român, realizarea **Institutului** ce-i poartă numele, instituţie care astăzi este mândria ţării şi faima sud-estului european. A ştiut să-şi aleagă aleagă colaboratorii devotaţi şi pricepuţi, cărora le-a insuflat un simţ special de comunitate, care le-a adus denumirea de **„Şcoala lui Cantacuzino"**.

Activ şi stăruitor în tot ceea ce întreprindea, Prof. Cantacuzino era un cercetător pasionat, tăcut şi modest. In anul 1905 a dat la lumină **„Revista Ştiinţelor Medicale"**, iar în anul 1909, a fondat **„Societatea de Biologie"**.

In 1928 a creeat **„Archives roumaines de pathologie experimentale"**.

A organizat: **campaniile antiholerice** din 1913, **antitifice** din 1912, **antiexantematice** din 1916—18; **antiscarlatinoase** şi apoi **antituberculoase**, pe toată ţară.

A ocupat demnitatea de **Director al Serviciului Sanitar** între 1908—1910.

A fost **Directorul Sănătăţii Sociale** 1931, şi **Efor al Spitalelor Civile** în 1938.

Om de prestigiu internaţional, Prof. Cantacuzino a fost un mare român. In Conferinţa Păcei dela Paris, după primul războiu mondial, a luptat pentru împlinirea idealului naţional şi a

1) A făcut publicaţiuni asupra: fagocitozei; a vibrionului holeric; a tifosului exantematic; a imunităţii în scarlatină şi tuberculoza. In ţara a promovat vaccinaţia antituberculoasa în masa poporului — cu vaccinul B.C.G. (Calmette-Guérin). A studiat experimental modul de infecţiune al leprei.

fost satisfăcut ori de câte ori glasul lui s'a făcut auzit şi respectat.

In 1930 a fost **Ministru al Sănătăţii Publice** şi a ştiut, cu această ocazie, să-şi arăte toată nobleţea sa sufletească, deşi nu a fost înţeles de toţi colaboratorii săi, deopotrivă.

Bunătatea sa accentuată de o depresiune morală dată de o lungă durere fizică (un accident din care a rămas cu ambele membre inferioare suferinde), a fost interpretată de unii ca o slăbiciune şi au profitat de ea, în geniul bizantin, care caracteriza, pe atunci, administraţia noastră de Stat.

Prof. I. Cantacuzino a preţuit, dela început, importanţa studiilor Inst. Medicinei şi a salutat şi îmbrăţişat, cu entuziasm, iniţiativa D-lui D-r V. Gomoiu de a înfiinţa Societatea şi Institutul Medicinei. Venea cu plăcere la Şedinţele Societăţei, le prezida magistral şi aducea contribuţia sa în acest domeniu care nu-i displăcea întrucât el însuşi s'a ocupat de istoricul epidemiilor de holeră din România.

Când scaunul prezidenţial al Soc. de Ist. Medicinei rămăsese gol după moartea Prof. Severeanu, Prof. D-r Ioan Cantacuzino l-a ocupat prin alegere în ziua de 17—12—1930 şi l-a onorat până la 16 Ian. 1934 când a luat drumul, fără întoarcere, al nemuririi.

Institutul şi „Şcoala Cantacuzino" îi onorează memoria printr'o atitudine şi activitate identică cu acea din timpul vieţei marelui creator, iar diversele instituţiuni de cultură printre care şi Soc. de Ist. Medicinei îi rezervă un loc de cinste în areopagul figurilor mari ale medicinei noastre.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

După un interimat de o lună dela dispariţia Prof. Cantacuzino, preşidenţia Soc. de Ist. Medicinei a fost ocupată la 16 Febr. 1934 de una dintre cele mai reprezentative figuri ale Medicinei Militare Române — **Medicul General D-r N. Vicol.**

Inalt cu mers lent şi apăsat, caracteristic oamenilor cu multă cântărire în gânduri şi acţiuni, Generalul Medic D-r N. Vicol, avea un fel anumit de a-şi ţine „sus" — la propriu şi la figurat — fruntea sa înaltă şi senină care-i înobila chipul pe care doi ochi azurii, plini de bunătate şi înţelegere îl luminau. Gura prin care eşea întotdeauna vorbe calde şi măsurate, sfaturi şi îndrumări înţelepte, cu o muzicalitate care îi dădea un farmec deosebit, era adumbrită de mustăţi mari căzânde care amintea pe galul Vercingectorix.

Moldovean de baştină, văzuse lumina zilei în 1861 la poalele muntelui Balaura, în Sărata Dobrenilor din ţinutul Piatra Neamţ. A fost totdeauna mândru de obârşia sa, iar de înaintaşii familiei sale era mândru. In 1931 a scris o broşură, care se găseşte foarte rar — intitulată „Cartea Neamului Vicol", şi în ea şi-a urmărit aşcendenţii direcţi şi ramurile familiare până unde i-au

îngăduit documentele. Pe tatăl său, Profesorul Nicolae Vicol, din Piatra-Neamț, l-a iubit și l-a respectat în deosebi.

Când a luat președenția Societății de Ist. Medicinei, Generalul D-r Vicol, era la vârsta despre care însăși spunea că este aceia când „începe omul să-și facă socotelile". „Socotelile" sale erau însă simple, fiindcă făcea parte din lumea înfăptuitorilor care nu și-au măsurat viața și acțiunile cu banul.

A muncit de tânăr și a ajuns medic, iar după ce și-a terminat stagiul militar obligator s'a înscris în cadrele active ale medicilor militari. Câmpul larg pe care i l'a oferit medicina militară l-a făcut pe D-r N. Vicol să muncească, să se impună și să-și așeze pe umăr galoanele rând pe rând până la frunzele de stejar care înobilează orice militar de seamă.

A fost chirurg al Spitalului Militar din Iași, după ce fusese medic de Batalion și în calitatea sa de chirurg ducea o activitate care concura pe aceia a Spitalului Militar Central din București, care era înălțat în prestigiu de general Demostene. Îi plăcea să opereze căpitanului medic Vicol; de pe atunci cu anestezie locală și publicarea a 101 hernii operate cu această anestezie a făcut în acea epocă o vâlvă răsunătoare.

Medicul militar D-r N. Vicol era nu numai un desăvârșit medic, dar și un spirit administrativ constructiv. Atunci când i-a revenit prin merit și vechime onoarea de a fi **Director G-ral Sanitar al Armatei,** a pus toată puterea sa de muncă să organizeze și să ridice prestigiul medicinei militare. Alături de D-nul General combatant Ion Popescu (poreclit mai târziu „Sanitarul"), pentru marea înțelegere a problemelor medicinei militare, medicul g-ral D-r Vicol au făcut primele manevre sanitare în armată și au încadrat acțiunea serviciului sanitar militar, în timp de pace și mai ales în timp de război, alături de tactica, strategia și organizarea modernă a celorlalte arme. A făcut pe conducătorii de pe atunci ai Statului și ai oștirei, să înțeleagă că serviciul sanitar este nu numai indispensabil în organizarea unei armate moderne dar are o importanță covârșitoare în combaterea epidemiilor în timp de război, epidemii care pot să aducă mai multe pierderi decât armele de foc și prin decimarea armatei să se îndepărteze de victorie.

A izbutit să se facă respectat de toți medicii militari de sub comanda sa și pe fiecare din ei să fie respectat prin instrucția profesională pe care le-a dat-o și printr'o educație militară, demnă și armonioasă cu celelalte arme.

In timpul campaniei militare din Bulgaria din 1913 a luat parte la combaterea holerei, iar în războiul I mondial, acțiunea de stavilire a tifosului exantematic a fost pentru medicul general D-r Vicol o acțiune de știință, de organizare și de prestigiu.

Alături de comandanții armatelor și mereu în legătură cu medicii și oamenii de știință ai timpului, în special cu Prof. Ioan

Cantacuzino, Prof. Theohari şi Danielopolu, generalul Vicol a aplicat pe teren ultimele cunoştinţe ştiinţificce privitoare la vectorul şi agentul patogen al tifosului exantematic. Faţă de pricepereа şi munca care a arătat-o, guvernele de pe atunci au îmbinat în acest minunat om de acţiune îndoita şefie a Serv. Medical Militar şi a Serv. Sanit. civil.

După războiul mondial, marele iubitor de neam şi râvnitorul la o ridicare a prestigiului ţării sale, G-ral N. Vicol a luat parte la toate acţiunile ce aveau de scop înălţarea spre mai bine. Alături de Prof. Anibal Theohari a luptat să pună în valoare apele minerale şi staţiunile climaterice naţionale. A luat parte la cercetările ştiinţifice în aceiaşi măsură în care, din locul de comandă pe care îl deţinea şi a realizat mari înfăptuiri, astfel a ridicat nivelul tehnic şi sanitar al staţiunilor balneoclimatice din ţară. A făcut sanatorii militare, a organizat prin legi normele de funcţionare a instituţiilor şi a corpului medical din specialitatea balneologiei. A fost alături de Prof. Theohari la creiarea Soc. de Balneologie şi a Institutului de cercetări balneologice. A fost membru ales al Soc. de Balneologie şi hidrologie din Londra, Paris, Berlin, Cracovia şi alte soc. ştiinţifice. Către sfârşitul vieţei şi-a adunat imensul său material ales dintr'o lungă şi activă vieaţă medicală şi administrativă şi a concretizat în mai multe lucrări, dintre care unele sunt publicate, iar alte două volume sunt date în manuscris spre păstrare Societăţii noastre cu menţiunea, să „nu se deschidă plicurile decât la o anumită dată, după moartea sa". Infinit probabil că în ţinuta sa corectă şi delicată de o vieaţă întreagă, pe care a dorit s'o prelungească şi dincolo de moarte a lăsat această dispoziţie spre a nu jigni pe cineva care ar mai fi în vieaţă, fie cu preţuiri prea bune, fie prea defavorabile. Se cuprinde în acest gest toată măsura tactului, fineţei şi obiectivităţii de care a dat dovadă o vieaţă întreagă.

Cu umerii încovoiaţi de povara unei vieţi trudite şi roase de suferinţele fizice şi morale care se înmulţesc şi se adâncesc cu cât ajungem mai spre declin, bătrânul general medic Vicol, care amintea mult în această din urmă epocă fiigura G-ralului Foch, şi-a îndreptat paşii încet către vama dintre vieaţa pământească şi cea eternă şi într'o dimineaţă umedă din Nov. 1936 a închis blânzii săi ochi azurii şi şi-a eliberat sufletul din hainele grele pământeşti, înălţându-se spre infinitul eternităţii.

* * *

Trei români, trei medici, trei oameni de ştiinţă şi de acţiune, trei oameni de omenie: C. Severeanu, Ion Cantacuzino şi Nicolae Vicol! O înălţătoare trinitate a spiritualităţii medicale româneşti.

Despre „Diagnoză"

Nu va fi vorba despre «*Principiile logice ale Diagnozei medicale*» cari au făcut obiectul Lecţiei inaugurale a eminentului nostru colaborator, D-l Prof. S. Iagnov. Aci era vorba de lanţul de silogisme, de «polisilogismul» care trebue «sumat» ca să fie adus la «silogismul unic» care va constitui diagnosticul. Până la el, cât fir al Ariadnei de urmărit prin labirintul unui corp bolnav! Şi, ca să îngreuiem căutarea acului în carul cu fân, dialectic şi sibilic noi mai ceream diagnosticului în Cronica din No. 1–2/948 să vadă nu numai «naşterea, legarea şi coordonarea simptomelor prezente (a tutulor manifestărilor de ordin semiologic, clinic, brochimic, anatomo-patologic – ş. a.?) folosindu-se de metoda logicei formale, dar să prevadă dialectic pe cele care se vor produce prin provocare de contrarii» – întinzându-se excentric ca pata de ulei sau ca undele apei până să întrevadă prognosticul şi să institue tratamentul. Acesta, un *Diagnostic integral!* Pentru el se cere capacitatea omului de ştiinţă, unită cu experienţa practicianului, şi contopită în ceeace se cheamă «*Simţul clinic*» care se dobândeşte, dar te şi naşti cu el. *Profilurile marilor noştri diagnosticieni* le-am înregistra cu cel mai viu interes,

Nu este vorba nici de *Diagnosticurile de laborator*, menţionate la pag. 166–167 din No. 1–2/948, atunci când făceam prezentarea Manualului technic de analize medicale, al D-lui D-r Const. Leonida Ion, dela Institutul D-r Cantacuzino.

Nici de *Auto-diagnozele* pe cari şi le pun singuri bolnavii în timpul vieţii, sau li-l pune familia după moarte. Nici de *Diagnosticurile cauzelor de deces inacceptabile* puse pe *Buletinul de deces*, pe cari le înregistrează D-l Prof. Ramneanţu dela Timişioara în «Tratatul de biometrie medicală», şi pe cari le-a cuprins cronicarul care iscăleşte Limonius, în colţul vorbelor de clacă al unui cotidian: debilitate conjugală şi debilitate conjugală dublă (la copii), hemoragie internă la fesse, putreziciune la şezut, febră puerperală la o fetiţă de 8 zile, un copil de 4 zile mort ca lăuză, de gastrologie a murit alt copil de 6 ani, de concluzie intestinală, altul, un tânăr moare prin omor din amor, altul moare în urma unei sinucideri incomplecte, altul prin intoxicaţie cu un corp de sticlă în trahee, un copil a murit pentru-că a suferit de «scropuloză la glezna piciorului stâng, de jos», un om a murit de «insuficienţă cardinală şi venală». Noi am putea să adăogăm altele. Cronicarul numai că nu le atribue medicilor. Punem noi medicii destule *Diagnosticuri greşite*. Nu este nevoe să ni se atribue cele puse de notari şi de

secretarii primăriilor, nici acelea dupe cari au tratat pe bolnavi agenţii sanitari şi moaşele — doftorii şi doftoroaele satelor, până când la apropierea morţii i-au trecut medicilor. Nici de acelea ale babelor, unchieşilor vrăjitoarelor dela ţară, pentru cari nici nu se găsesc termeni în vocabularul medical.

Diagnosticul (şi diagnoza) are feţe multiple cari privesc pe medic şi se întorc către bolnav. D-l Limonius socotind «*Diagnoza boala doftorilor*» nu vrea să vorbească despre *Diagnosticul savant*, pus pentru aureolă, şi nici de *Diagnosticul pus de medicul de casă* pentru «Cassă». D-sa manifestă adversitate faţă de «doftori». Îi înţeapă cu «Seringa» chiar când nu merită. Când pleacă pe calea neîntoarsă cu un diagnostic pentru o cauză de deces inacceptibilă, decedatul nu s'a căutat numai cu medic. Cauza este inacceptibilă, în formă, dar tot aceiaşi poate fi în fond — cu toate că de multe ori nici pe masa de autopsie nu se găseşte cea adevărată. D-l Limonius să se teamă mai mult, dupe deces nu mai are rost, de diagnosticul savant şi de diagnosticul de-acasă puse în timpul vieţei, cari acceptibile în formă s'ar putea să nu fie în fond, — când medicul savant greşeşte, nu mai este scăpare, — de greşala medicului de casă nu scapi, împreună cu toţi ai casei, decât dacă mai consulţi pe altul — numai să nu cazi prost.

Eu, care vorbesc şi în numele bolnavilor, prefer *Diagnosticului precis* un tratament practic care să te facă bine şi repede, câţi bolnavi bine diagnosticaţi mor rău trataţi, fie că trec sau nu trec pe la cassă. Pentru acest diagnostic cu folos, se capătă faima de mare diagnostician.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lungeşte-mi boala, doctore! spune D-l Al. Dimitriu-Păuşeşti că a cerut o pacientă unui medic tânăr cu o vastă clientelă femenină. Nu ştia ce cere. Sau dorea o boală de formă. O boală se scurtează, nu se lungeşte, când se lungeşte, se lungeşte nu cu ştiinţa cum cred unii bolnavi de bună sau din rea credinţă, ci din neştiinţa medicului, — din vina unei *Diagnoze acceptabile în formă* şi a unui *Diagnostic inacceptabil în fond.*

Silogistic cu D-l Prof. S. Iagnov dela Bucureşti, estetic cu D-l Limonius, adică cu D-l Prof. P. Râmneanţu dela Timişoara, practic cu bolnavul — putem face mai multe constatări şi formula concluziuni: — o diagnoză poate şi nu poate să fie pusă în viaţă uneori nici dupe moarte, chiar pe masa de autopsie, — punerea diagnosticului interesează în primul rând în viaţă, pentru tratament, în al doilea pentru statistică, prin buletinul de deces, — formularea pe latineşte sau mai pe româneşte a diagnosticului este chestie de vocabular, de formă, de haină care pentru estetică se cere şi ea potrivită, nici pompoasă nici necuvincioasă.

O diagnoză justă pusă la timp, un *Diagnostic practic.* Iată diagnosticul, ce cere un bolnav medicului, chiar dacă nu un diagnostic integral şi dialectic! La punerea lui medicul participă cu arta şi ştiinţa sa.

M. C.

CERCUL DE STUDII MEDICO-FARMACEUTICE DIN CRAIOVA

Şedinţa din 19 Maiu 1948.

In cadrul unei reviste generale D-l D-r *M. Schnabel* vorbeşte despre *„Patogenia şi etiologia ulcerului gastro-duodenal în lumina ultimelor cercetări"*.

D-l D-r *Begu Dan* vorbeşte despre: *«Consideraţiuni în legătură cu 2 cazuri de urticarie vindecate cu reticulină.*

D. Doc. D-r M. Cânciulescu ţine să sublinieze că acest produs indigen Reticulina este similar ca acţiune preparatului descoperit de Bogomoletz — Serul citotoxic — care se adresează tot ţesutului conjunctiv mezenchimatos. Având la dispoziţie pentru experimentări Reticulina trimisă de D-l Prof. Moldovanu de la Cluj, va publica în curând şi cercetările d-sale obţinute în diverse afecţiune.

D-l *D-r Panea Aurel* propune ca acest preparat să fie întrebuinţat şi în combaterea endoteliozelor palustre, unde avem cazuri multiple, regiunea noastră fiind eminamente palludică.

D-l *D-r Ion Vasilescu* arată că pe D-sa problema Reticulinei îl interesează în deaproape, dat fiind că în colaborare cu D-l D-r Marin Arsenie aplică acest tratament de circa 4 ani în stările alergice cu rezultate încurajatoare în 40 % fără nici un fel de regim; totuşi nu trebue să fie neglijate nici anumite preparate sintetice spre ex.: antergenul etc. cu rezultate excelente.

D-l D-r *Petre Firescu* spune că cunoaşte problema Reticulinei încă din 1940 întru cât a asistat chiar la şedinţa Societăţii Ştiinţelor medicale din Cluj, când figurile medicale cele mai reprezentative ale Ardealului au prezentat rezultatele experimentării Reticulinei în toate specialităţile medicinei. D-sa arată că mai întâi Clinica dermatologică a ilustrat cu exemple multiple rezultatele excelente obţinute prin tratamentul cu Reticulină în diverse afecţiuni dermatologice ca: urticarie, exeme, dermatite, edem Quincke etc., pentru ca apoi cele 2 clinici medicale să arate re-

zultatele concludente şi binefăcătoare ale Reticulinei în multiple afecţiuni de specialitate, acest produs românesc nou având indicaţiuni în aproape toată terapia generală, ca fiind un principiu vital.

D-l D-r *S. Lăzărescu* citează 2 cazuri de boală pe care le-a descoperit cu ocazia caravanei sanitare: a) unul cu Choree Huttingthon tratat cu Reticulină la clinica din Cluj mai multe luni şi la care ameliorările au fost atâta de evidente, încât diagnosticul de choree nici nu mai putea fi pus în acel moment, simptomatologia bolii fiind complect ştearsă şi b) al doilea o Scleroză în plăci la care deşi tratamentul a fost aplicat luni de-a rândul fără pauză, rezultatul a fost nul. Ceeace trebue subliniat este faptul că Reticulina se poate administra luni de-a rândul fără pauză, fără să producă turburări în organism.

D-l Doc. D-r *Cânciulescu* opiniază că ar fi bine dacă totuşi s'ar urmări aceste 2 cazuri pe cale de corespondenţă, pentru a avea date asupra evoluţiei ulterioare a boalei sub influenţa tratamentului.

Şedinţa din 29. V. 1948.

D-l *Prof. D-r D. Timuş* dela Clinica de Puericultură din Bucureşti conferenţiază despre: *„Tratamentul cu lapte acidulat în turburările digestive cu punct de plecare pulmonar"*. D-sa arată corelaţia dintre plămân şi tubul digestiv la copii din creşe şi leagăne, subliniind că suferinzii de plămân, prin înghiţirea sputei, însămânţează microbii pe tractusul digestiv. Ilustrează afirmaţiile d-sale cu observaţiile clinice la câţi-va copii bolnavi de stare gripală, bronşite, bc. pneumonie, care au făcut secundar gastro enterite şi la care deşi afecţiunea primară se vindecă, afecţiunea secundară rămâne pe primul plan. Ca tratament autorii se împart în 2 grupe: a) unii tratează numai sursa iniţială de infecţie, pretinzând că infecţia secundară cedează după dispariţia focarului iniţial şi b) a doua categorie, la care se asociază şi d-sa, socoteşte că afecţiunea tubului digestiv merită prima atenţie pentru a evita eventualele complicaţii uneori chiar fatale. Copilul alăptat natural are P H-ul scăzut, ceeace împiedecă turburările gastrice, lucru ce nu se întâmplă la acei alăptaţi cu lapte de vacă. Prin administrarea de lapte acidulat copiilor, P H-ul lor se apropie de cel natural, fapt care a determinat pe specialişti să trateze copii purtători de afecţiuni secundare digestive, cu lapte acidulat, babeurre, plus tratament medicamentos.

Prof. D-r Aburel şi *D-r Parhon Ion* vorbesc despre *«Un procedeu biologic rapid de diagnostic al sarcinei»*, în care arată că pentru a diagnostica sarcina prin reacţia Zondek - Ascheim se

folosesc de şoricioaica impuberă injectată subcutan cu urină dela gravidă, pe care o sacrifică după 6 zile. — In stările grave când trebue precizat un diagnostic rapid de sarcină autorii comunicării injectează introperitoneal la şoricioaica impuberă extract prolanic din urina gravidă sau urina de gravidă tratată în prealabil cu ether, 5 cmc., câte 1 cm. la o oră, iar rezultatul se obţine după 48 — 56 ore. Mecanismul este similar reacţiei Zondeck-Ascheim, însă absorbţia se face f. rapid din cauza injecţiei intra-perit., iar prezenţa foliculilor hemoragici şi de corp galben se face în cel mai scurt timp posibil.

La **discuţii** D-r *M. Arsenie* cere o lămurire în privinţa prolanului, întru eât D-sa ştie că acest produs hipofizar se găseşte şi la bărbaţi.

D-r *I. Parhon* răspunde că hipofiza are tot 2 hormoni: gonado stimulina A şi B., iar hormonii placentari se numesc prolan A şi B, cu acţiune similară până la un punct, afară de acţiunea lor asupra altor glande. D-sa menţionează că Ascheim prezintă chiar un tablou în care arată diferenţierele lor dintre hormonii hipofizari gonado stimulina A şi B. şi hormonii placentari A şi B.

Şedinţa din 15 Iunie 1948.

In legătură cu comunicarea din şedinţa anterioară a D-lui Prof. D-r Aburel şi D-l D-r Parhon Ion: *„Un procedeu rapid de diagnostic al sarcinei,"* *D-l D-r Arsene Marin* vrea să lămurească raportul dintre Prolan şi hormonii gonadotropi, semnificaţia prolanului din punct de vedere fiziologic, deosebirea dintre gonado stimulina şi prolan, deci în concluzie: identitatea dintre hormonii hipofizari gonadotropi şi prolan.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In replică, D-l *D-r I. Parhon* afirmă că ambii hormoni au acţiune biologică comună cu f. mici deosebiri; d-sa arată că hipofizectomia n'a dus niciodată la avort, iar Prof. Popa a făcut această hipofizectomie chiar în timpul gestaţiei la epuroaică, fără ca operaţiunea aceasta să declanşeze avort sau să influenţeze sarcina. Experienţele făcute au demonstrat din plin că Prolanul nu nu are acţiune asupra foliculului de Graff.

D-l D-r *E. Butescu* conferenţiază apoi despre *„Complexul de teren cu microflora lui parazitară în procesul boalei şi sănătăţii.* „D-sa descrie o serie întreagă de prefaceri în organism în timpul boalei, modul de reacţiune al organismului faţă de anumite medicamente, particularităţile proprii ale organismului, precum şi cauzele ineficacităţii medicamentelor în timpul tratamentului; insistă în special asupra coasociaţiei streptococului cu alţi germen patogeni în timpul diferitelor afecţiuni mai ales cu bac. coli şi bazat pe câteva observaţiuni din spit. de boale contagioase Craiova trage concluzia în ce priveşte comportarea terapeutică şi anume că: deşi sulfamidoterapia este împinsă la extrem, boala

prezintă acelaşi accent de gravitate; intervenind însă printr'un tratament al microbului asociat „bac. coli" se produce vindecarea deşi la baza afecţiunii este streptococul.

D-nii *D-ri Manoilescu, Şerbănescu, Hoisescu, Hrisaffi, Butescu* prezintă o *Statistică sumară pe 4 luni a diferitelor afecţiuni mai frecvente în oraşul Craiova,* insistând în special asupra boalelor contagioase în această perioadă de timp. D-l D-l Rosenştein arată că această comunicare este un fapt îmbucurător, fiind un început de activitate medico-socială.

D-l *D-r I. Rosenştein* în cadrul comunicării despre *„Copilul sensibil"* aminteşte de o serie întreagă de copii care sub masca diferitelor afecţiuni, nu sunt în realitate decât copiii aşa zişi «sensibili»; astfel copilul palid la care laboratorul nu arată nimic deosebit examenul hematologic fiind normal, crizele de falşă appendicită (copiii prezentând pe lângă o paloare a feţii şi fenomene subiective de appendicită, numai intervenţia arătând eroarea de diagnostic), cefaleea şi surmenagiu şcolarului la baza cărora stau modificări vasomotorii şi nervoase. Aceşti copii denumiţi sensibili au fost observaţi mai mult în mediul urban, în special în familiile cu copii unici şi în care aceştia au crescut printre adulţi. Scoaterea din mediul familiar, variaţia în ocupaţia copilului îl fac pe acesta să devină un copil vioiu şi sănătos.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şedinţa din 1 Iulie 1948

D-r V. Varga şi D-r P. Firescu: Problema socială a adenoidelor.

Autorii comunicării după ce arată cauzele sindromului insuficienţei nazale respiratorii cu determinări multiple locale, regionale sau generale, insistă la copil asupra uneia singure şi anume: hiperplazia sau hipertrofia ţesutului adenoidian din rinofaringe — Cercul limfatic al lui Waldeyer— cunoscută sub denumirea de Vegetaţii adenoide, care deţin sub influenţa lor toată patologia copilăriei. Pe lângă o permanentă sursă de infecţie şi un obstacol mecanic în respiraţie, prezintă o importanţă deosebită prin tulburările reflexe neuropsichice şi anume: cefalee frontală, aprosexie, diminuarea memoriei, somnolenţă, torpoare intelectuală, şi accidente nervoase nocturne. Că este vorba de rolul endocrin al amigdalei faringiene sau o legătură prin vasele sanguine şi limfatice cu hipofiza — după afirmaţiile lui Citelli— cert este însă că fenomenele sus citate dispar prin ablaţia vegetaţiilor adenoide. Prin complicaţii uneori trecătoare, alteori definitive, iar câteodată deşi vindecate lasă sechele pe toată viaţa, care pun pe adultul posesor al acestui stigmat într'un complex de inferioritate faţă de semenii săi. Adenoida merită cu adevărat să fie ridicată

la rangul de problemă; din importanţa ei medicală decurge cea socială, adenoidienii din punct de vedere pedagogic, sunt mai înapoiaţi faţă de colegii lor, asimilează mai greu, etc. O instruire adecuată, lămurirea celor ce se ocupă cu îngrijirea şi educarea copiilor, măsuri de igienă şi tratament adecuat sunt absolut necesare, pentru că numărul mare de adenoidieni pe deoparte, multiplele complicaţii, mijloacele preventive şi terapeutice pe de alta, depăşind puterile medicinei curative, fac din veget. adenoide o plagă şi o problemă socială care îşi aşteaptă iniţierea soluţiei dela noi toţi.

La **discuţia** acestei mari probleme infantile ia cuvântul D-l *Doc. D-r M. Cânciulescu* ca unul care a fost preocupat în mod deosebit de această înaltă problemă socială, cu repercusiuni multiple şi variabile asupra atâtor sisteme din organismul copilului; d-sa nu s'a mulţumit să privească problema copilului numai în vârsta fragedă, l'a interesat nu numai copilul patologic privit atunci clinic şi radiologic, ci l'a urmărit în etapele principale ale vieţii, dela copilul patologic la adultul stigmatizat, asociabil; a studiat şi urmărit corelaţia ce există către sistemul ganglionar dela hilul pulmonului şi ţesutul adenoidian, sublinniind că adenoidele predispun la t. b. c. şi ajunge la concluzia că orice hipertrofie amigdaliană ocazională indiferent de etiologia ei, se însoţeşte totdeauna şi de fenomene hilare ale plămânului de aceeaşi parte — *fenomen în acordeon.* — Insistă asupra tratamentului general care trebue să preceadă şi să urmeze pe cel chirurgical, dat fiind că un organism debilitat este un teren proprice pentru o însămânţare bacilară; şi numai în cazuri grave face excepţie indicând intervenţia fără un prealabil tratament tonifiant.

D-l D-r I. Rosenştein este de aceeaşi părere că există o corelaţie intimă către veget.-adenoide şi tbc., întru cât prin extirparea amigdalelor au retrocedat şi ganglionii plămânului. Crede încă că ar trebui văzut dacă există corelaţie între veget. adenoide şi tbc. nu numai din punct de vedere respirator.

D-r PETRE FIRESCU

CONFERINŢA DELA CRAIOVA *)

In ziua de 15 Iulie a. c., a sosit la Craiova, în inspecţie, D-l *L. Sălajan*, M-trul adjunct al Sănătăţii publice, însoţit de D. D-r D. Nanu, Preşedintele Uniunei Sindicatelor Sanitare, D-na G. Bernachi, Director al Ocrotirii din M-terul Sănătăţii, Dr. A. Gartner, Directorul personalului şi D-r Hect, Director de cabinet.

---

* Apariţia cu întârziere a acestui număr permite o Dare de seamă asupra Vizitei făcute de D. L. Sălăjan, M-tru adjunct la Sănătatea publică, în ziua de 15 Iulie a. c.

In sala de festivităţi a Prefecturii în faţa D. D. Cumpănaşu, Prefectul jud. Dolj, a Corpului medical din regiune, a Repr. UFDR-ului, a Crucii Roşii şi a Comitetului Sindicatului sanitar din Dolj s'a făcut instalarea noului Inspector g-ral sanitar regional, D. *D-r Şt. Vulpe*, fost medic şef al jud. Buzeu, în locul D. D-r C. Cosmuţă, chemat la alte însărcinări în cadrul central al M-terului. Vorbitorii au asigurat pe noul inspector de tot concursul organizaţiilor ce reprezintă. D-l *G. Fazecaş*, Preşedintele Sindicatului sanitar, a promis între altele efectuarea a 450 anchete sociale, 50000 examene radiologice 3000 examene bacteriologice (de spută), 30 conferinţe ş. a., în cadrul apropiatei campanii antituberculoase. D-l D-r *D. Nanu*, Preşedintele Uniunii Sindicateior sanitare, expune rolul Sindicatelor în lupta pentru ridicarea nivelului de trai al poporului muncitor şi arată cum Sindicatele sanitare s'au încadrat în această luptă combătând prin toate mijloacele starea sanitară înapoiată şi înţelegând să sprijine cu toată tăria acţiunea M-terului Sănătăţii. D. *L. Sălăjan*, M-trul-adjunct al Sănătăţii, dupe ce laudă activitatea trecută a noului Inspector sanitar D-l D-r Şt. Vulpe, în baza căreia i s'a încredinţat noua misiune, spune: «Nu mai putem merge pe vechiul drum, greaua moştenire trebue lichidată, nu din întâmplare există această moştenire, ci din cauza politicei duse de clicile burgheze-moşiereşti care aveau tot interesul să ţină marile mase populare într'o cât mai complectă întunecime atât fizică şi intelectuală, căci numai astfel îi puteau domina şi exploata mai uşor. In prezent, una din condiţiile bunei stări sanitare a ţării este întărirea sectorului nostru economic. Prin actul revoluţionar al naţionalizării. economia noastră a căpătat o bază puternică cu ajutorul căreia s'a produs o simţitoare îmbunătăţire în viaţa nouă a celor ce muncesc». D-l D-r *Şt. Vulpe*, noul Inspector g-ral sanitar, aduce mulţumiri pentru încrederea arătată şi concursul promis, şi îşi ia angajamentul să ducă la bun sfârşit sarcina dată.

In dupe amiază D-l Ministru Sălăjan a continuat *Inspectarea instituţiilor sanitare* începută dimineaţa cu vizitarea Spit. de Stat Nr. 1, al cărui Director este D-l. Dr. I. Rozenştein. A inspectat Spit. de Stat Nr. 2, Spitalul de contagioşi şi Centrul pentru Ocrotirea copiilor.

Seara a avut o *Şedinţă de lucru* cu reprezentanţii şi conducătorii Serviciilor şi Instituţiilor sanitare din Regiune. Au prezentat rapoarte de activitate *Medicii-şefi de judeţ*, D-ri D-ri I. Popescu pentru Judeţul Dolj, I. Ceacatura pentru Jud. Romanaţi, C. Cârstea pentru jud. M-ţi, Ilie Haralambie pentru Jud. Gorj, Al. Gheorghiu pentru Jud. Vâlcea. Din partea *Conducătorilor instituţiilor sanitare* au vorbit D. D-ri N. Roşianu, Directorul Spit, din Tg-Jiu, C. Dragomirescu, Directorul Sanatoriului dela Leamna, Farm. Bârzan din partea Depozitului de Medicamente, Docent M. Cănciulescu din partea Centrului Judeţean de Tuberculoză Dolj, I. Rozenştein, Directorul Spit. de Stat Nr. 1 din Craiova. D-l G. Fazecaş, Preşedintele Sindicatului Sanitar Dolj a dat explicaţii.

D. Docent *Dr. M. Cănciulescu*, Conduc. Centrului Jud. de

Digitized by Centrul de Studii Istorice Iaşi

tuberculoză din Jud. Dolj a expus Organizarea Centrului și *Planul de lucru în Campania antituberculoasă*, prelucrat dupe instrucțiile primite, dar adaptat la condițiile și posibilitățile existente pe cari Centrul le-a amplificat și va creia altele noui. Pentru ca în lucrările de Depistare-Vaccinare-Triaj pentru internare și tratament, să nu se întreprindă numai o goană izolată dupe tuberculoșii deschiși, ci să se facă oprera profilactică și curativă cât mai efectivă, s-a propus: a se face apel la toate aparatele radiologice oficiale și particulare, posesorii lor fiind întruniți într'o conferință prealabilă pentru instrucțiuni, să se aibă vaccinul în cantități suficente și la timp pentru ca în depistările biologice anergicii să fie vaccinați fără întârziere, — Onor M-ter să trimeată la nevoe technicieni și să asume cheltuiala reparațiilor eventuale, — autoritățile locale să asigure mijloacele de transport ale medicilor și bolnavilor la centrele radiologice, — Ministerul să dea eventual, un aparat de radiologie mobil și cu timpul, un aparat de microradiofotografie pentru întreaga regiune, — să se facă apel la toți medicii particulari pentru examene clince pentru declararea deschișilor și pentru lucrările de supraveghere benevolă permanentă a școlilor primare și a grădinițelor de copii, să se creeze de urgență o Secție de internare pe lângă Dispensarul antituberculos, un Serviciu de chirurgie pulmonară în Spit. de Stat Nr. 1; un Sanatoriu de tuberculoză chirurgicală în localul pus la dispoziție de Dl. Dr. T. Nicolin, — cu timpul un Preventoriu — aceste amenajări sunt posibile și realizabile cu mijloace locale din partea Municipiului și a Județului, — să se ajute bolnavii cu alimente, cu înlesniri de alimentație, cu medicamente, — să se întocmească o Cartă de tuberculoză și un Fișier, — evidența celor vechi și noile depistări să fie făcute prin Campanii anuale repetate: — o propagandă susținută, — înființarea la Craiova pentru Oltenia a unui Cerc de Studii pentru Tuberculoză, filială a Soc. de Tuberculoză din București. Centrul Județean de tuberculoză se va sprijini în opera de depistare și de izolare, permanente, pe medicul oficial de circ. urbană și rurală, pe medicii dela toate instituțiile și colectivitățile mari și mici, pe medicii practicieni posesori de aparate de radiologie, pe surorile de ocrotire și personalul sanitar existent, pe personal ajutător compus din preoți, învățători și învățătoare. Va colabora cu Asigurările Sociale, cu C.F.R. cu Armata.

D. D-r *I. Rosenștein*, Directorul Spit. de Stat No. 1 din Craiova, face *Critica rapoartelor prezentate*, le compară cu cele auzite acum 10 ani, au prezentat văicăreli, nu realizări. In ședință nu s'a făcut controlul activității fie-căruia. Noua metodă de studiu medico-socială cere să se privească problemele sanitare în cadrul lor social și economic, astfel cum în anchetele medico-sociale făcute din jud. Dolj a constatat împreună cu un colectiv de colaboratori că tifosul exantematic a bântuit mai mult tocmai în centrele cu moșii mari, Băilești și Șegarcea. Denunță lipsa de colaborare între sate și spitalele din orașe. Spitalele trebue să devină centre științifice. O propagandă va crește încrederea în spitale, azi pe jumătate goale. Pentru căminele de copii să fie activizate învățătoarele.

Copyright Central University Library Cluj

Să ne luăm obligativități. Să procedăm la întreceri. Ca la consfătuirea viitoare să prezentăm realizările obținute, nu iarăși văicăreli.

D-na *G. Bernachi*, Director al Ocrotirii mamei și a copilului din M-terul Sănătății, a vorbit despre organizarea Oficiului de Ocrotire și a Căminelor de copii județene, în personal și ca activitate. A cerut lămuriri și a dat indicațiuni.

D-l D-r A. *Gartner*, Directorul Personalului din M-ter despre carența și repartiția personalului, care trebue folosit rațional, fixarea cadrelor de personal se face în legătură cu nevoile generale, locale, și cu posibilitățile budgetare, se impune raționalizarea muncei fie-căruia și disciplinarea. Golurile se vor umple pe măsură.

D-l D-r *D. Nanu*, Președintele Uniunii Sindicatelor sanitare, denunță rigiditatea și rutina în care s'au prezentat rapoartele, constată abaterea dela linia sindicală, au lipsit conlucrările cu organizațiile de mase, astfel cum cere munca sindicală: activitate colectivă, nu individuală. Insistă asupra metodei critice și autocritice, pe care le reclamă această muncă.

D-l *Ministru Sălăjan* preconizează întruniri mai dese, chiar odată pe lună, cere să se vorbească în alt spirit, să se expună metode noui de lucru și să arăte slăbiciunile dela centru și dela periferie, începând cu ale fie-căruia și apoi cu ale colectivului de muncă, greșelile să se expună, și să nu se mai persiste în ele. Problemele sanitare sunt legate de industria grea de bază, pe care U. R. S. S. dorește să ne-o desvolte prin furnizare de materii prime. Leagă împlinirea lipsurilor locale de situația generală, încât toate posibilitățile locale trebue folosite și epuizate. Un nou sistem de muncă: colectivul de muncă, de colaborare între diferitele instituțiuni, din care sindicatul să nu lipsească, și de apel la partidul muncitoresc român, care este gata să dea concurs în toate împrejurările, de participare la colectivul de muncă a tutulor, chiar dacă nu sunt înscriși în partid. Problemele sanitare sunt strâns legate de condițiile economice și de cele culturale.

M. C.

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE DERMATOLOGIE ȘI SIFILIGRAFIE FILIALA BRAȘOV.

Inițiată de medicii specialiști dermato-venerologi și pediatri, în ziua de 23 Februarie 1947, în dorința desăvârșirii profesionale și a unei sincere colaborări colegiale între instituțiile spitalicești și practicieni, filiala brașoveană a Societății române de dermatologie și sifiligrafie își încheie la 23 Fevruarie 1948, primul ei an de activitate.

Fără pretenții savante, scopul ei fiind emiramente practic,

din ședințele ei bilunare se desprinde o activitate la a cărei bază stau în primul rând prezentările de cazuri, puneri la punct terapeutice, considerațiuni medico-sociale și referate după revistele străine de specialitate.

Din experiența acestui prim an, pot fi trase anumite concluzii, care vor trebui să trezească interesul acelor colegi din orașele unde încă asemenea filiale lipsesc.

Numărul mare de participanți, regularitatea prezenței la ședințe, discuțiile animate și pline de foloase, au dovedit că o filială poate și trebue să reprezinte un pilon îndepărtat al societății mame, în sânul căreia se frământă probleme legate de activitatea pe teren, ducând la perfecționarea și reîmprospătarea atâtor cunoștiințe, care se vor resfrânge favorabil asupra celor suferinzi.

Stimulați de acest promițător început, membrii filialei din Brașov a Societății române de dermatologie și sifiligrafie, pășesc mai departe, încredințați că în cursul celui de al II-lea an, alte probleme și alte sarcini vor fi împlinite și printre acestea în primul rând eșirea pe teren în uzine, școli cazărmi și sate, unde prin conferințe, distribuire de broșuri, anchete venerologice și consultațiuni gratuite pe grupe omogene de colectivitate, vor putea trasa un drum mai util de acctivitate, în dorința de a contribui cât de modest la asigurarea unei sănătăți mai desăvârșite a poporului nostru.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cursul anului 1947—48 au fost ținute un total de 21 ședințe, de 2 ori pe lună, Marți la orele 18 în biblioteca Spitalului de boli sociale din Brașov.

Din programul de activitate al acestor ședințe se desprinde următoarea activitate:

3 conferințe

6 puneri la punct clinico-terapeutice.

74 prezentări de cazuri

39 referate după revistele streine

60 observațiuni asupra cazurilor dermatologice tratâte cu Reticulină M.

Cu ocazia fiecărei ședințe, membrii primesc din timp programul, iar cotizațiile servesc pentru procurarea de reviste și îmbogățirea bibliotecii de specialitate, care prin donația făcută de președintele Filialei D-l D-r Emil Colbazi, Directorul Spitalului de boli sociale din Brașov, numără peste 200 de volume și colecții de reviste. Pe măsură ce filiala se va desvolta, este înscris în programul ei de a scoate un Buletin care să-i oglindească activitatea și care va putea fi de folos și colegilor de pe alte meleaguri.

La acestea se adaugă apoi ședința extraordinară ținută în ziua de 20 Aprilie 1947, în cinstea D-lui Profesor D-r Ștefan

Theodorescu, Directorul Clinicei dermatologice din Bucureşti, sosit la Braşov pentru a conferenţia în cadrul Zilelor Medicale, precum şi alte 2 şedinţe dedicate în întregime discuţiunilor în legătură cu campania antisifilitică, pusă în programul de activitate a M.S.O.S.-ului. La aceste două şedinţe au fost făcute 2 ample rapoarte referitoare la această campanie de către D-nii D-r Emil Colbazi şi D-r Emil I. Bologa.

Cu ocazia acestei dări de seamă, care pe lângă un modest omagiu adus D-lui Profesor D-r Ştefan Nicolau, întemeietorul Societăţii române de dermatologie şi sifiligrafie şi părinte al dermatologiei ştiinţifice româneşti, reprezintă şi o obligaţie faţă de această Societate a cărei filială suntem, ne exprimăm dărinţa sinceră ca numărul acestor filiale să crească dela an la an, mărind familia Societăţii române de dermatologie şi sifiligrafie din Bucureşti.

Cu forţe astfel unite şi strâns legate în jurul Societăţii din Bucureşti, utilitatea noastră pentru ştiinţa românească va creşte, putând spera că în curând prin aportul tuturor filialelor se va putea reedita Buletinul român de dermato-sifiligrafie, icoană a activităţii pe întreaga Ţară şi îndrumător al tuturor specialiştilor noştri.

Uniţi în jurul Societăţii noastre dela Bucureşti, având revista noastră de specialitate şi desbătând marile probleme venerologicce legate de poporul nostru în Congrese anuale, pe lângă cursuri de perfecţionare organizate de Clinicile noastre, acest mare ccomandament ce cuprinde pe toţi medicii specialişti ai Ţării, va fi întotdeauna gata să asigure cea mai competentă şi serioasă ccolaborare M.S.O.S., care reprezintă comandamentul unic şi suprem al problemelor de sănătate legate de poporul nostru.

D-r Emil Bologa
Medic primar

A DOUA SESIUNE A „ZILELOR MEDICALE" LA BRAŞOV (7—8—9 MAI 1948).

La început de drum acum un an, iată-ne astăzi spre înfăptuirea unei tradiţii, care se înscrie în rândul atâtor alte, prin care Braşovul se face cunoscut de secole.

In zilele de 7, 8 şi 9 Mai 1948, Braşovul a adăpostit participanţii veniţi din toate colţurile Ţării, să asculte cuvântul competent al maeştrilor şcolilor medicale din Bucureşti, Iaşi şi Cluj.

Ca și în anul trecut, meritul de organizare revine Sindicatului Sanitar brașovean și Societății științelor medicale din Brașov, precum și tuturor medicilor brașoveni, care stând alături de aceste două organizațiuni, au dat putință de înlăturare tuturor greutăților de ordin material.

In prezența tuturor autorităților locale și a peste 300 de participanți, s'a desfășurat într'o atmosferă de sinceră colegialitate și înalt spirit științific, **„Zilele Medicale"** ale acestui an.

A treia zi a fost onorată de înalta prezență a Doamnei Ministru al Sănătății D-r Florica Bagdazar, precum și de aceea a Domnului D-r Dimitrie Nanu, Președintele Uniunii Sindicatelor Sanitare din România, care luând parte activă la aceste desbateri, au înțeles să-și spună cuvântul.

In dorința de a informa întreg corpul medical românesc despre activitatea desfășurată în cadrul acestor „Zile Medicale", ne-am hotărît să publicăm aceste rânduri, ca un îndemn pentru alții, drept chemare pentru acei caare în acest an nu au putut participa și ca o mărturie a nestrămutatei dorințe a corpului medical brașovean, de a înscrie prin aceste zile un punct tradițional de onoare, în desăvârșirea profesiunii medicale, căreia îi revine datoria și meritul de a duce poporul nostru, prin sănătate, la un viitor cât mai bun și fericit.

ZIUA I-a (7 Mai).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ora 9.30: Cuvântul de deschidere al D-lui Dr. Emil Colbazi, Președintele Comitetului de organizare.

10—11: Profesor Dr. Mihai Kernbach (Cluj): Noua etică a profesiunii medicale.

11—12: Profesor Dr. Axente Iancu (Cluj): Actualități în pediatria preventivă și curativă.

17—18: Profesor Dr. Radu Vlădescu (București): Aspectul chimic al imunității,

18—19: Profesor Dr. Valeriu Bologa (Cluj): Puncte de contact între știința medicală română și maghiară.

ZIUA II-a (8 Mai).

10—11: Profesor Dr. Emil Țeposu (Cluj): Contribuții noi la problema prostatitei, hipertrofiei de prostată și cancerului prostatic.

11—12: Profesor Dr. Iuliu Hațieganu: Stări hipoglicemice în afecțiunile pancreasului și intestinului subțire.

17—18: Profesor Dr. D. Săvulescu (București): Nașterea dirijată.

18—19: Profesor Dr. N. Ionescu-Sișești (București): Influența sulfamido-terapiei și a alimentației asupra spermàtogenezei.

ZIUA III-a (9 Mai).

10—11: Profesor Dr. Emil Țeposu (Cluj): Valoarea pielografiei în afecțiunile renale.

11—12: Profesor Dr. Iuliu Haţieganu (Cluj): Simptome dispeptice mai rare.

12—13: Profesor Dr. C. N. Ionescu (Bucureşti): Perspectivele unei industrii de medicamente în România.

16: Cuvântul Doamnei Ministru al Sănătăţii.

16.30: Cuvântul Domnului Dr. D. Nanu Preşedintele U. S. S. R.

17—18: Profesor Dr. Gheorghe Tudoran (Iaşi): Studii recente asupra proceselor biochimice la nivelul ficatului.

18—19: Profesor Dr. M. Popper (Bucureşti): Situaţia actuală a tratamentului cu antibiotice în tuberculoză.

In seara zilei de 9 Maĭ, a urmat apoi banchetul dat la Hotelul ARO, în cinstea profesorilor şi participanţilor veniţi din alte regiuni.

Convinşi şi în acest an de necesitatea şi roadele acestor zile, medicii braşoveni aşteaptăc olegii din Ţară pentru la anul, trimiţându-le de pe acuma solie de bun venit.

D-r EMIL I. BOLOGA

CONGRESUL NAŢIONAL DE DERMATOLOGIE ŞI SIFILIGRAFIE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Iată programul Zilelor Medicale din seziunea 1948:

In şeedinţa sa din 29 Fevruarie a.c., Societatea de Dermatologie şi Sifiligrafie din Bucureşti, a decis ţinerea unui Congres Naţional, privind problemele referitoare la boalele venerice şi dermatozele cu caracter social. **Congresul se va ţine în Bucureşti, în zilele de 26, 27 şi 28 Septemvrie a. c.**

Confraţii care doresc a participa şi a face eventual comunicări, în legătură cu programul enunţat, sunt rugaţi a aduce acest lucru la cunoştinţa D-luia D-r R. Dumitriu, Secretar General al Congresului, la Clinica Dermatologică din Bucureşti, Spitalul Colentina, împreună cu titlul comunicărei, cel mai târziu, până la 1 Iulie a. c..

Durata acordată unei comunicării va fi de 10 minute, iar manuscrisul dactilografiat al comunicărilor respective, va fi înaintat, la adresa de mai sus, până cel mult la 1 August a. c.

Temele propuse pentru a face **obiectul unor rapoarte** sunt următoarele:

1. Profilaxia şi organizarea luptei ccontra maladiilor venerice.
2. Probleme noui în tratamentul sifilisului.
3. Tratamentul actual al gonococciei.
4. Tratamentul actual al şancrului moale şi al limfogranulomatozei inguinale.
5. Situaţia actuală a boalelor venerice în ţara noastră.

6. Problema tuberculozelor cutanate.
7. Micozele cutanate cu caracter social.
8. Dermatozele profesionale.
9. Scabia şi pediculoza.
10. Problema leprei în ţara noastră.

CURS DE PERFECŢIONARE ORGANIZAT DE FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN CLUJ.

Facultatea de Medicină din Cluj, organizează un **curs de perfecţionare asupra reumatismului** ca problemă clinică şi socială. **Cursul va începe în ziua de 20 Septemvrie 1948,** ora 8 dimineaţa şi va continua până la 26 Septemvrie a. c., având următorul **program:**

1. Prof. Dr. M. Kernbach: Ideea de perfecţionare în medicina socială contemporană.
2. Prof. Dr. I. Haţieganu: Reumatismul ca problemă socială.
3. Prof Dr. I. Goia: Aspectele clinice ale reumatismului.
4. Prof. Dr. R. Popa: Terenul biologic în reumatism.
5. Prof. Dr. I. Goia: Etiologia şi patogenia reumatismală.
6. Prof. Dr. T. Vasiliu: Substratul anatomo-patologic al reumatismului.
7. Conf. Dr. A. Moga: a) Reumatismul articular acut, b) aparatul cardio-vascular în reumatism.
8. Prof. Dr. I. Haţieganu: Reumatismul cronic.
9. Prof. Dr. I. Haţieganu: Reumatismul coloanei vertebrale.
10. Prof. Dr. A. Iancu: Reumatismul la copii.
11. Dr. A. Ciplea: Diagnosticul diferenţial al reumatismului (cu demonstraţii asupra metodelor de laborator utilizate în diagnosticul reumatismului).
12. Dr. D. Duma: Sistemul nervos în reumatism.
13. Prof. Dr. J. Aleman: Reumatismul din punct de vedere stomatologic.
14. Dr. Popovici şi Gârbea: Reumatismul din punct de vedere oto-rino-laringologic.
15. Prof. Dr. I. Goia: Tratamentul reumatismului.
17. Conf. Dr. I. Prăgoiu: Tratamentul ortopedic al bolilor reumatismale.
18. Dr. E. Morariu: Fizio şi balneoterapia reumatismului.
19. Dr. T. Vasculescu: Radioterapia în reumatism (şi demonstraţii de radiodiagnostic).
20. Prof. Dr. V. Bologa: Problema sintezei în medicina primitivă din punct de vedere istoric.
21. Prof Dr. M. Kernbach: Deontologia în medicina socială.

Societatea Ştiinţelor Medicale va ţine în onoarea participanţilor o şedinţă extraordinară, în care se vor face comunicări asupra unor probleme speciale în legătură cu reumatismul şi anume:

22. Dr. I. Opreanu: Reumatismul muscular.
23 Dr. O. Fodor: Reumatisme rare (parareumatisme).
24. Prof. Dr. T. Popovici: Reumatismul în afecţiunile ginecologice.
25. Dr. T. Dragomir: Sciatica.
26. Prof. Dr. I. Gavrilă: Guta.

In cadrul cursurilor se vor face demonstraţii practice în diverse servicii şi se vor discuta probleme clinice şi profesionale.

Din partea Sindicatului Sanitar va vorbi d-l D-r Rosenthal despre chestiuni sindicale.

Comisia de organizare se va îngriji de încartiruirea participanţilor într'un Cămin Studenţesc şi de masă în condiţiuni acceptabile.

Sunt invitaţi a lua parte toţi d-nii medici care se interesează de problema reumatismului şi care doresc să-şi completeze cunoştinţele în problemele medicale şi sociale de actualitate.

Anunţurile de participare se vor trimite pe adresa: D-r A. Moga, Conferenţiar, Cluj, str. Mico No. 4 (Clinicile noi), cât mai curând posibil (cel mai târziu până la data de 15 Sept. 1948).

Comisia organizatorie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rectificări

La pag. 532: la rândul 23, a se citi *tratament eficace* în loc de *tratament practic.*

La pag. 382: s-a omis *Boileau*, autorul citatelor puse ca *Motto* la începutul şi la sfârşitul raportului „*Technique et présentation d'un Journal médical.*

— ANALIZE-BIBLIOGRAFIE —

Antropologie

LE MÉTOPISME CHEZ LES ROUMAINS ET EN GÉNÉRAL

par

FR. I. RAINER et **AL. TUDOR**

Imprimeria Naţională, Bucureşti, 1946

Această lucrare, *Anexă la al III-lea volum al Operei ştiinţifice a Prof. Fr. I. Rainer*, în colaborare cu D-l Al. Tudor, tratează despre *Metopism la Români şi în general.* Este o lucrare de antropologie. Studiază modul de comportare la români şi în general al suturii medio-frontale care persistă de regulă în primul an al vieţei; nu persistă decât la o parte din oameni; variază regional, după sex, după popoare şi dupe rase.

Inainte de a ajunge la conclusiuni originale de cea mai mare valoa e, autorii dau metopismului această interpretare: pe baza măsurătorilor făcute pe 3000 cranii din colecţia dela Institutul de Antropologie „Fr. I. Rainer" din Bucureşti, *) şi a analizei opiniunilor privitoare la volumul neuro-craniului metopic, constatându-se că metopismul este asociat ca o uşoară mărire de volum a craniului, implicit a creerului care îl determină; sutura medio-frontală persistentă apare determinată de un mecanism folosit de organism pentru a asigura desvoltarea creerului cu situaţia sa şi forma sa particulară în raport cu factori extrinseci. Metopismul apare ca o formă diferită a creerului în ansamblul său, în toate regiunile şi nu numai în regiunea frontală. Dupe cum există o formă a creerului care determină dolico sau brachicefalia, avem o *formă metopică a creerului.*

Autorii au fixat astfel în scara antropologică ca entitate această formă a neuro craniului.

M. C.

---

*) Direcţia Institutului de Antropologie a fost încredinţată D-lui D-r Al. Tudor, după moartea fondatorului, Prof. Rainer.

Circulator

TERAPEUTICA MEDICO-CHIRURGICALĂ A BOLILOR APARATULUI CIRCULATOR

de

Prof. I. ENESCU şi Prof. A. MORUZI

Tip. „Terck" Iaşi, 1947.

Autorii, respectiv, Profesori de Clinică medicală terapeutică şi de Clinică chirurgicală terapeutică la Facultatea de medicină din Iaşi expun *Terapeutica medico-chirurgicală a boilor aparatului circulator.*

In partea I-a se expune *Tratamentul bolilor ap. circulator* — pe sindrome; etiologic, patogenic şi fizio-patologic.

In partea II-a, *Farmacologia aparatului circulator,*—pe medicament şi grupuri de medicamente, cu acţiune farmacodinamică şi indicaţiuni terapeutice.

In partea III-a, *Tablou de medicamentele cele mai întrebuinţate* în trat. bolilor ap. circulator—cu doze zilnice şi forme medicamentoase.

Această terapeutică medicală este expusă de d-l Prof. I. Enescu.

In partea IV-a, se expune *Tratamentul chirurgical al afecţiunilor vasculare,* cardio-pericardice, arteriale şi venoase — pe sindrome şi afecţiuni isolate, cu operaţiuni de ansamblu şi indicaţii speciale.

Această terapeutică chirurgicală este tratată de d-l Prof. A. Moruzi care expune aci numai bazele ştiinţifice şi prezintă rezultatele — restricţiuni ce autorul ţine să specifice din Prefaţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Metode vechi şi tratamente mai nuoi, pentru boale, medicamente şi operaţiuni; teorii şi explicaţiuni patogenice; fiziopatologie şi acţiune farmaco-dinamică; indicaţii; rezultate—toate sunt prezentate în esenţă, expuse cu claritate şi cernute prin încercată metodă pedagogică şi întinsă practică profesională a autorilor. Se adresează tutulor medicilor practicieni, pe care îi informează şi îi instrueşte, chiar dacă unii sunt specializaţi. Este încă o lucrare de valoare care ese din Şcoala de la Iaşi şi reabilitează acea veche şi încercată Facultate de medicină.

M. C.

CLINICA ŞI TRATAMENTUL MALADIILOR CARDIACE ŞI VASCULARE

de

Prof. D. SCHERF

Traducere de D-r LEON BERCU

Intreprinderile de editură S. A. R., Bucureşti, 1947

Cartea a apărut în ediţii succesive în limbile germană, engleză şi franceză. Ediţia românească a fost tradusă după ultima ediţie germana

şi corespunde ediţiei franceze din 1942. Titlul ei este *Klinik und Therapie der Herzkrankheiten und der Gefässerkrankungen.* Autorul este *Profesor la New-Iork Medical College.* Carte şi autor le prezintă, în Prefaţă, D-l *Prof. Danielopolu:* cartea este o excelentă lucrare didactică, întocmită dupe principiile care trebue să stea la baza clinicei moderne; autorul, un excelent clinician care posedă raţionamentul experimental al fiziologistului; iar în terapeutică ţine seamă de acţiunea farmacodinamică a medicamentelor care variază de la boală la boală şi de la bolnav la bolnav.

Manualul este destinat totuşi cu precădere medicului practician. Meritul traducătorului este că îl prezintă într'o limbă corectă românească; claritatea expunerii este uşurată de claritatea concepţiilor autorului. Excluderea citatelor şi a numelor de autori o caracterisează. Pe alocurea o paternitate bine stabilită se impunea a fi menţionată, pentru prioritate. De această trecere cu vederea are de suferit însuşi D-l Prof. Danielopolu, care prezintă elogios Manualul şi îl adresează cu precădere studenţilor. D-sa îşi poate revendica prioritatea în multe capitole ale Cardiologiei. Studenţii sunt datori să reţină aceste nume proprii; legarea numelor de idei ajută şi la fixarea în memorie a noţiunilor. Pentru aceasta ar fi trebuit poate pusă şi oare-care distincţie între paragrafele şi capitolele cărţii, precum şi o variaţie în corpul literelor. Pe alocurea sunt scăpări evidente, de îndreptat la o viitoare ediţie. Acestea din urmă nu sunt observaţii de mică importanţă.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

In tratarea **materiei** se expune fiziopatologic şi terapeutic astmul cardiac; dispnea în staza pulmonară; decompensarea cardiacă şi tromboza pulmonară cu *reflexul pulmo-coronar* şi jocul diferitelor reflexe de tip vagovagal; se face diagnosticul bolilor de inimă bazat de semne cardinale; urmează cordul pulmonar; angina de piept, insistând larg asupra trombozei coronariene; nevrozele cardiace, excepţionale în spital sunt cu atât mai frequente în clientela de cabinet; endocardita verucoasă (reumatismală) şi septico-ulceroasă subacută şi lentă; pericarditele; simfizele. Insistă asupra celor *3 stadii de hipertensiune arterială* şi asupra *diferitelor varietăţi;* asupra stabilirii exacte a presiunei sistolice (pentru a evita „o gaură auscultatorie" *); descrie *mezaortita*; *miopatiile* (miocardiile); maladiile vaselor periferice: turburările ritmului cardiac — totul expus clinic, fără semne multe; şi patogenic. La terapeutică expune tratamentul cu digitală şi strofantină în mod practic, detaliază *actiunea diureticilor* aducând o contribuţie originală de mare valoare mai cu seamă la administrarea *diureticilor mercuriali,* novuritul şi salirganul pentru prevenirea, accidentelor datorate unei diureze masive la scleroşii aortico-miocardici decompensaţi. **)

---

*) Pentru stabilirea presiunei maxime, la criteriile obiective date de auscultaţie, de palpaţia pulsului, de observarea pulsaţiilor pe cadranul oscilometric, noi adăogăm sensaţia subiectivă percepută de bolnav la nivelul brasardului dela braţ în momentul trecerii undei maxime.

**) Un scleros aortico-renal de 70 ani, decompensat, cu oedeme, căruia i se făcuse o injecţie cu 2 ctm. c. salirgan, sucombă dupe emisiunea de circa 6 litri de urină în 24 ore.

Este un foarte util manual practic, care nu se întinde pe cât adâncește și care se complectează în modul cel mai fericit cu *Terapeutica medico-chirurgicală a bolilor ap. circulator*, de *Prof. I. Enescu* și *A. Moruzi*, prezentată mai sus—amândouă tot așa de utile medicului practician de orice vârste, adică de practică personală. *Tratamentul bolilor de inimă și vase*, de Docentul *I. de Zaraday*, prezentat în No. 1—2 1948 al revistei, Manual pentru practică curentă, Format de buzunar, este o lucrare care—credem noi—că folosește mai mult tot medicilor cu oare-care practică chiar specializați (decât studenților și medicilor de curând eșiți) cari doresc să-și revizuiască cunoștiințele.

M. C.

Digestiv

DIETETICA BOLILOR DIGESTIVE

Alimente — Regimuri — Rețete

Editura „Cartea Moldovei" Iași, 1948.

Intr'o documentată lucrare, Manual, autorul expune *Dietetica bolilor digestive*, tratând despre *Alimente*, *Regimuri*, *Rețete*.

Prezentarea lucrării o face D-l D-r *I. Enescu*, Profesor de Clinică terapeutică medicală la Facultatea de medicină din Iași. D-sa insistă asupra „științei alimentației". De o alimentație bună depinde cu sănătatea individului sănătatea publică. Medicul în regimul ce prescrie trebue să cunoască „pe lângă substanțele alimentare folositoare sau dăunătoare unui bolnav, compoziția alimentelor și proporția care trebue păstrată între ele; precum și modificările ce sufere în urma procedeelor de preparare". Există „o fiziologie individuală" alimentară, dupe cum una medicamentoasă. Lucrarea conține noțiunile bine stabilite și indispensabile fiecărui medic, precum și datele cele mai recente.

In *Prefață* autorul, asistent universitar vorbește despre acțiunea, indicațiile și contraindicațiile unui aliment. Despre necesitatea pentru medic a unui îndreptar alimentar al bolilor tubului digestiv, în care tratamentul dietetic stă la bază. Se reclamă de influența Școalei D-lui Profesor Enescu, maestrul său, căreia aparține.

In tratarea **materiei**, depe considerații generale asuprà **alimentației omului normal**, urmează **compozițiile de bază ale substanțelor alimentare:** glucidele, lipidele, protidele, substanțele minerale, vitaminele și apa, apoi **alimentele** (compoziție și proprietăți. Metode de preparare): Laptele și derivații săi, carnea, peștele, ouăle, cerealele, legumele, leguminoasele, fructele zaharurile, băuturile, condimentele. In **dieta în bolile digestive,** dupe introducere în această dietetică, regimurile în dietetica digestivă și alimentația artificială, urmează prescripțiile alimentare în afecțiunile stomacului, intesti-

nului, ficatului şi căilor biliare, pancreasului; dupe ce la fiecare grup de afecţiuni s-au expus generalităţi asupra dieteticei organului respectiv. In **Reţete pentru prepararea alimentelor** se arată cum se prepară supelé făinoasele, preparatele din ouă, preparatele din brânză, legumelé, mâncărurile de carne şi peşte, sosurile, dulciurile. In **Indicator al reţetelor** se trimite la pagina respectivă de preparat alimentar şi afecţiune. Un **Tabel de compoziţia alimentelor mai des utilizate**, se prezintă pentru fiecare aliment în parte compoziţia pe gram în protide, lipide, glucide, calorii, substanţe minerale, vitamine. Un **index alfabetic** general, închide lucrarea.

Şcoala medicală dela Iaşi în care intră şi aceia a D-lui Profesor Enescu începe să-şi ia revanşa asupra celorlalte Şcoli medicale româneşti. Prin această lucrare face operă nu numai curativă individuală, dar profilactică generală; într'un domeniu la îndemâna oricui; domeniu în care asemenea lucrări n-au abondat; şi mai ales nu s-au manifestat întrun mod atât de reuşit. Cartea este destinată să pătrundă în marele public, sub titlul mai general de *îndreptar alimentar*, în care să vină şi să se aşeze dupe această primă fascicolă celelalte privind dietetica tuturor aparatelor şi sistemelor din organismul uman. Este o carte utilă, practică; dă indicaţii precise; expune în mod clar. Răspândirea ei va veni. Mai încet la noi, prin medicul român care nu citeşte nici presa sa; prin presa generală, care informează corp medical şi mare public, în articole pe care revista aceasta le comentează în cadrul Cronicei sale medicale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ţinem să insistăm aci asupra unor noţiuni conexe: — predarea dieteticei caşi a terapeuticei in general nu se face în facultate cu temei; caşi când nu spre tratament (curativ şi preventiv) se îndreaptă toate sforţările medicinei; — în tratamentul „de constelaţie" cum îi zice D. D-r I. de Zaraday, tratament „ofensiv pe toate fronturile" cum îl chemăm noi, arma dietetică care îi stă la bază este neglijată; — reţelele medicilor, cari trebue să constituiască o ordine de bătae detaliată, nu prescriu mai niciodată indicaţiile dietetice; şi, când le conţin, o fac în aşa fel încât nici bolnavul nu le ia în seamă sau nu reţine nimic şi repede revine la regimul anterior, care pentru cei mai mulţi în special la ţară este extrem de restrictiv (nici apă nu le dă bolnavilor în febră, iar acritură nu le dă la nicio boală; nu iau bolnavii chiar dacă ar insista medicul, dar când nici nu insistă), sau amestecat prin indicaţii şi contraindicaţii; — nu prescriu reţetele, dar nici omului nu i se explică ce trebue să mănânce şi cât să bea, cât să mănânce şi ce să nu bea; explicarea boalei şi a scopului urmărit prin tratament face mai mult decât acţiunea medicamentelor şi executarea cu „sic volo" de către farmacist.

După ce citeşte—nu răsfoeşte—asemenea cărţi, recensentul—care nu este grăbit—le reţine pe masa de lucru. Ii folosesc lui în primul rând.

M. C.

Istoria medicinei.

N. Igna: *Les vestiges du culte d'Esculape et de Hygie,* conservés au Muzée Régional d'Alba-Julia-Roumanie. Extrait de La Presse Médicale, No. 48 | 1947.

In Dacia Trajana superioară acest cult era foarte răspândit: Statuete, statui, exo-voto, inscripţii votive îl atestă. La Apulum (Alba Julia) Esculap a fost onorat ca patron al oraşului. Se pare că cultul lui Esculap şi al familiei sale pătrunsese în vechia Dacie înainte de ocuparea lui Trajan. Cea mai mare parte a celor 56 inscripţii din Dacia superioară relative la Esculap au fost găsite la Apulum. Studiul lor a constatat fenomenul petrecut în celelalte părţi ale imperiului roman, Syncretismul religios, observat de V. Pârvan. Urmează descrierea însoţită de fotografii a vestigiilor.

M. C.

Medicina socială

Gh. Andronovici: *Situaţia sanitară a Municipiului Iaşi pe anul 1947.* Raport de activitate al Serv. Sanitar. Inst. „Lupta Moldovei", Iaşi, 1948.

Raportul face Cons. generale asupra anului 1947. Expune igiena publică urbană; organizarea serviciului; mişcarea demografică; Mişcarea bolilor epidemice; mişcarea bolilor sociale; igiena scolară; controlul soc. publice, industriale şi comerţului ambulant; al farmaciilor; activitatea serviciilor; ocrotirea mamei şi copilului; asistenţa socială. Din concluziuni remarcăm: 32,2‰ probe din apa de Timişeşti contaminate. Natalitatea a scăzut de'a 14,7‰ la 12,1‰; Mortalitatea generală a crescut dela 15,5‰ la 20,5‰; minusul excedentului a urcat dela 0,7‰ la 8,2‰; mortalitatea infantilă a oscilat în jurul 17,5‰; t. ex. a crescut dela 146,3‰ la 180,5‰; febra tifoidă a scoborât dela 70‰ la 66,6‰ au respectiv: tuberculoza 316,5‰ dela 367,2‰; sifilisul 882,8‰ dela 1434,4‰ şi pelagra 480‰ dela 680‰. Explicaţiile nu lipsesc pentru cifre şi mai îngrijorătoare dacă se ţine seamă că statisticele sunt întotdeauna sub cifrele reale.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medicina socială

RECHERCHES SUR LA BIOLOGIE DU PEUPLE ROUMAIN

I fascicule

par

G. BANU

Professeur de Médecine sociale

et

I. DINU, I. RUGINĂ et **B. SAPIRA**

Assistents de la chaire de Médecine Sociale de la Faculté de Médecine de Bucarest

„Bucovina" Toruţiu, Bucarest, 1947

Fascicula de faţă cuprinde Comunicările făcute la Academia de medicină din Bucureşti, în cursul anului 1946 (Şedinţele din 5 şi 19 Oct.; 2 şi 16 Noembrie; 7 Dec.), şi publicate în Buletinul Academiei No. 4—6 1946). Autorul cu colab. au fost însărcinaţi de Academia de medicină, în dorinţa ei de a participa la redresarea sanitară a ţării, să întocmească un exposeu sintetic al problemelor sănătăţii în România, care să servească la dresarea unui plan de supus M-terului Sănătăţii şi departamentelor interesate. In comunicările făcute autorii au desvoltat principiile de lucru dupe cari s'au condus în cadrul Catedrei de medicină socială. Aceste comunicări sunt:

Prof. Dr. G. Banu: Biologie du peule roumain*) — *Prof. Dr. G. Banu*: Les caractères régionaux de la Roumanie d'après la situation de la mortalité infantile. — *Prof. Dr. G. Banu* et *Dr. I. Dinu*: „Les recrues", critérium d'investigation dans la biologie de la population.—*Prof. Dr. G. Banu* et *Dr. I. Rugină*: Caractérisation régionale de la Roumanie par rapport aux maladies infectieuses,—*Prof. Dr. G. Banu* et *Dr. B. Şapira*: Contributions à l'étude de la biologie de la femme ouvrière.

In şedinţa din 5 Oct. 1946, prezidată de D. Prof. C. Angelescu, D-l Prof. D. Danielopolu a expus scopul Academiei de a aplica cercetarea ştiinţifică la organizaţia sanitară tecnică a ţării, în care scop prin legea din 2 Martie 1946 care completează legea din Aprilie 1935 a stabilit o colaborare cu M-terele Sănătăţii, Asigurărilor sociale, al Educaţiei şi Muncei; a proclamat că o bună organizaţie sanitară nu se poate realiza decât: ridicând standardul de viaţă al populaţiei rurale, creând un Institut de Cercetări Biologice al Academiei de medicină, Centre de cer-

*) In cadrul *Biologiei populaţiei, expresie a* factorilor hereditari, *patologici dobânditi şi de mediu*, independenţi de condiţiile de standard economic şi cultural, am comunicat la un Congres de tuberculoză prezidat de D-l Profesor Cantacuzino prin 1933, o statistică doveditoare de *procentul foarte ridicat de preoţi şi învăţători tuberculoşi în Oltenia.*

cetări şi de studii ale problemelor sanitare şi sociale şi Academiile să fie etatizate ca în U. R. S. S. cea dela Moscova care lucrează cu 25 Institute de cercetări.

Medicină socială

TRATAT DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Intocmit de

Prof. I. MOLDOVAN

Prof. I. STOICHIŢIA şi Prof. P. RAMNEANŢU

Ediţia II-a

Volumul I

în colaborare cu:

Conf. I. Ardelean, D-r *V. Golea*, D-r *N. Maier*, D-r *L. Prodan* şi Conf. *T. Turcu*.

Tip. „Cartea Românească" Cluj. 1947.

Această monumentală lucrare va apare în 2 volume. Un al treilea volum ar urma să cuprindă Epidemiologia specială, care este numai schiţată în instrucţiile anexe la Regulamentul pentru profilaxia şi combaterea boalelor infecţioase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Volumul I, singurul apărut până în prezent, cuprinde în:

Introducere: *Concepte de domeniul Igienei*, de Prof. I. Moldovan.
Cap. I: *Organizarea sanitară şi de ocrotire*, de Prof. I. Moldovan.
Cap. II; *Legislaţia şi ad-ţia sanitară şi de ocrotire*, de Prol. I. Stoichiţia.
Cap. III: *Statistica vitală*, de Prof. P. Râmneanţu.
Cap. IV: *Epidemiologia generală*, de Conf. I. Ardelean.
Cap. V: *Profilaxia generală*, de Conf. T. Turcu şi N. Maier.
Cap. VI: *Igiena individuală*, de D-r N. Maier.
Cap. VII: *Salubritate publică*, de Prof. I. Stoichiţia.
Cap. VIII: *Igiena alimentaţiei*, de Conf. I. Ardelean şi D-r V. Golea.
Cap. IX: *Igiena muncii*, de D-r Leon Prodan.

O asemenea lucrare de sinteze s-a bazat nu numai pe însărcinări oficiale şi pe lucrări personale ale autorilor, care cea mai mare parte au fost publicate in cadrul Buletinului eugenic şi biopolitic, dar pe consultarea unei literaturi vaste care, ca lucrări consultate, a fost trecută la sfârşitul capitolelor. Un cronicar zelos a constatat lipsa pe listă a literaturii sovietice (de-abia dacă 2 lucrări ar fi fost citate). O documentare suficientă se poate găsi indirect, in lucrările altora. Este greu uneori, şi a fost cazul literaturii sovietice, a merge la isvoare. De-abia acum, graţie Arlus-ului, avem traduceri. In numeroase din chiar lucrările româneşti citate, citite de noi, am găsit date ample despre realizările medico-sanitare sovietice. Autorii serioşi se pot dispensa de obligaţia de a în

groşa de formă bibliografia. Şi mai ales grăbit un cronicar care nu cercetează din toate privinţele o lucrare, ci o consideră din anumite puncte de vedere, ba îi face proces de intenţii. Concepţiile bazate pe date ştiinţifice se pot schimba, adapta. Cele de ordin medico-sanitar la noi, formulate clar de D-l Ministru adjunct la Sănătate, Leontin Sălăjan, sunt încadrate în noua ordine de ordin politic, social şi economic. Dar sunt norme de concepţie şi organizare în materie sanitară, bazate pe date şi pe realităţi de care nu se poate să nu se ţină seama. Aceste consideraţiuni le-a avut în vedere Ministerul Sănătăţii când a acordat sprijin la publicarea acestei opere de mare valoare documentară, a cărei complectare se impune.

M. C.

Respirator

PLEUREZIA SEROFIBRINOASĂ IN CADRUL INFECŢIEI TUBERCULOASE

de

D-r I. GOLOGAN

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tiparul Românesc, Bucureşti, 1947.

O lucrare de sinteză, în care autorul, medic la Sanatorul Filaret, priveşte pleurezia sero-fibrinoasă în cadrul infecţiei tuberculoase. Pus în condiţiuni favorabile, împreună cu D-r Prof. M. Nasta de a îngriji un număr mare de răniţi tuberculoşi, de diferite vârste, mare parte din formele întâlnite au fost considerate ca manifestări de primo-infecţie a căror comportare la contingentele tinere s'a deosebit de acea a contingentelor mai vechi şi de acea a bolnavilor civili; de aci şi atitudini terapeutice în plus, în primul rând acea de a feri pe aceşti pleuretici tineri de contaminări bacilare ulterioare şi apoi de a-i aşeza în condiţiuni mai favorabile de hrană, de repaos şi de aer; aceste condiţiuni măresc resistenţa organismului pe care vaccinarea preventivă cu B.C.G. o favorizează mai direct. Repaosul îndelungat se încadrează astfel ca un mijloc profilactic în terapeutica antituberculoasă.

In tratare, autorul trece în revistă toate elementele cari privesc anatomia patologică a pleurei; compoziţia lichidului pleural; starea umorală a pleureticilor; imunitatea în tuberculoză; patogenia cu antecedentele pleureticilor şi reinfecţia pe cale pleurală; debutul, clasificaţia, evoluţia şi prognosticul pleureziei sero-fibrinoase. Se pun faptele cunoscute în lumina noilor fapte de observaţie, de cercetări şi de interpretare. Se arată importanţa virajului la reacţiile de tuberculină, prinzându-se momentul când anergicul a devenit alergic şi a atras atenţia asupra lui.

Dela studiul comportării individului faţă de infecţia tuberculoasă căreia o manifestaţie de primo-infecţie îi constitue pleurezia sero-febrinoasă, lucrarea ia în considerare profilaxia colectivităţii prin măsuri de depistare, de interpretare a primelor simptome şi de tratare a pacientului. Cura de chaise-longue practicată curativ la tuberculoşii în evoluţie, este substituită şi prevenită prin repaosul prelungit al pleureticilor.

Prezentarea în modul cel mai elogios a lucrării o face în *Prefaţă*, D-l *Prof. D-r M. Nasta* dela catedra de Ftiziologie a Facultăţii de medicină din Bucureşti,—prefaţă care constitue ea însăşi un prim capitol de deosebită valoare prin orizonturile largi în care cuprinde infecţia prin tuberculoză a organismului uman.

M. C.

Rinichi-Sânge

NEFRITE ŞI BOALE DE SÂNGE

de

Prof. D-r GH. TUDORANU

Editura Welther, Sibiu, 1947.

Un volum, în care autorul *D-l D-r Gh. Tudoranu*, Profesor de Clinică medicală la Facultatea de medicină din Iaşi, publică lecţiile făcute studenţilor în cursul anului. Sunt prezentate noţiunile elementare. In *Nefrite* se adoptă clasificarea anatomo-clinică a lui Volhard şi Fahr redusă la: glomerulo-nefritele în focar; glomerulo-nefritele difuze; nefrozele şi sclerozele renale. In *Boalele de sânge* se face menţiune de toate noţiunile recente până la zi.

Lucrarea editată în condiţiuni tecnice desăvârşite de Casa Welther din Sibiu, ilustrată cu planşe microfotografice admirabile, este o carte eminamente didactică. Se adresează cu precădere studenţilor.

M. C.

Sânge-Splina

SPLINA ŞI BOLILE SÂNGELUI

de

Prof. D-r AL. POP, A. NANA şi EUG ADAM

H. Welther, Sibiu, 1945.

Această lucrare a apărut în 1945. Face parte din **Tratatul de Chirurgie**—*Semiotică, Clinică* şi *Terapeutică*, care apare sub direcţia d-lui Prof. I. Iacobovici, tratat căruia îi constitue vol. IV.

Expune patologia splinei încadrată în disciplina chirurgicală, adică în chirurgia splinei şi a bolilor de sânge.

In *tratarea materiei* se începe cu Istoricul; se expune apoi în capitole de ansamblu Embriologia splinei, Anatomia chirurgicală a splinei, Fiziologia splinei; — se detaliază Technica intervenţiilor chirurgicale asupra splinei;—se prezintă apoi modificările provocate în organism de splenectomie şi regenerarea ţesutului splenic; — mijloacele de explorare clinică a splinei şi bolilor de sânge; — urmează expunerea diferitelor afecţiuni, bazată pe o clasificaţie în care se are în vedere terapeutica chirurgicală. Un indice alfabetic comun, pentru materie şi autori, o termină. O iconografie,—mai puţin personală şi bogată decât s-ar fi cuvenit şi s-ar fi putut,—o ilustrează.

Este o lucrare de deosebită valoare. Se încadrează în activitatea medico-chirurgicală a Şcoalei dela Cluj, pe care o dăm ca exemplu necontenit celorlalte Şcoli medicale româneşti. Prima lucrare românească de ansamblu care fixează Splina şi câteva Boli ale sângelui în cadrul chirurgical. Face lăudabila sforţare de a se sprijini pe şi a menţiona contribuţia românească. Lipsa unui Indice bibliografic medical românesc, pe care numai parţial îl realizăm în A. M. R., justifică unele scăpări. La o viitoare ediţie sau mai de grabă într'o altă lucrare *Splina şi Bolile sângelui, medico-chirurgical* — la care să contribue medici, hematologi şi chirurgi—s'ar remedia. N-ar scăpa astfel la *mijloacele de explorare clinică ale splinei şi bolilor de sânge,* contribuţia atât de preţioasă a D-lui D-r I. Radvan chiar numai restrânsă la paludism. Noi personal cu colaboratorii noştri am publicat încă din 1926 încercări de Adreno-diagnostic ale paludismului latent, cari au făcut obiectul tezei regretatului nostru intern L. Herman, un distins om de laborator; iar în cadrul Cercului medico-farmaceutic dela Craiova, al revistei M. M. R., al Soc. med. din Bucureşti şi al Academiei de medicină am comunicat despre aplicările Adreno-diagnosticului în septicemii, în tumorile splinei, în cirozele palustre—unele comportând corolar terapeutic nu numai de ordin medical dar şi chirurgical; am prezentat la Soc. med. a spit. în faţa Prof. Vaquez cazuri de Eritremie familială, boală menţionată de autori în lucrarea de faţă; iar iconografia de care se plâng şi autorii, s-ar fi îmbogăţit cu planşele lucrării noastre şi ale colab. noştri D. D-ri R. Hirsch, S. Paulon, I. Rosenstein şi I. Vasilescu: Consideraţiuni asupra sindromului de splenomagalie trombo-flebitică, lucrare publicată în M. M. R. No. 3-4/1931 pe care o citează şi autorii *).

M. C.

Babeş-Bolyai University Cluj-Napoca Library

Periodice medicale

Cu fie-care număr, revistele medicale româneşti se transformă, îmbracă tot mai mult caracter colectiv şi social, îşi organizează un plan de activitate, devin mai vii, mai dinamice şi îşi afirmă o

*) Facem aceste remarce nu numai pentru revendicările modestei *Şcoale medicale dela Craiova*, dar pentru complectarea în viitor a lucrării de faţă care onorează *Şcoala medicală dela Cluj*.

personalitate. Tot mai mulţi seniori ai medicinei coboară în arena ziaristicei periodice din turnul de fildeş al strictelor preocupări ştiinţifice personale, unii participă în campanii sanitare, pe teren. Şi mai multe condee tinere se ascut, pornind la drum cu avânt.

Ardealul Medical rămâne prototipul pe care i l-a fixat în Programul schiţat în No. 1/1948, Seria Nouă, D-l Profesor D-r M. Kernbach. Tratează despre toate problemele medicale în cadrul ştiinţific, profesional, ideologic politic şi social. Totul în chip dozat, ceea ce realizează un tot armonios, echilibrat. Fatal va reflecta mai puţin anumite làturi, pe care accentuându-le celelalte periodice îşi vor constitui o individualitate proprie, adequată titlului şi scopului, mai general, regional sau local. Ardealul medical realizează **tipul nou** despre care tratăm la pàgina 384. Màsivă sau mai redusă în format şi conţinut, o revistă se întinde prin orizonturile ce scrutează.

Medicina Română, care în ultimul timp şi-a dublat formatul, a inaugurat numere speciale pentru anumite boli şi probleme; aduce o informaţie ştiinţifică mai amplă din medicina universală, înspeciàl din medicina sovietică; în „de vorbă cu medicii" stă în ajutorul medicilor cari cer lămuriri. Complectează astfel în aceste privinţe Ardealul Medical, dupe cum însă-şi afirmă într'un editorial din No. 7/1948 privind Cronica revistelor. Dar nu vor putea numai amândouă asigura hrana necesară medicilor din toată ţara, pe cari unii o complectează cu ce vor găsi în revistele de strictă specialitate, în revistele regionale şi în revistele de mai amplă respiraţie ca A. M. R. cari pun la contribuţie şi colectivul mai întins al presei cotidiene care se ocupă tot mai mult de problemele medico-sanitare româneşti.

Spitalul, revista rămasă scumpă generaţiilor succesive de studenţi în medicină eşiţi doctori, se maturizează; îşi reclamă dreptul de a se ocupa şi de problemele cari se pun dupe viaţa de student şi privesc viaţa oricărui medic; respinge acuzaţiile nedrepte când i se aduc şi îşi însuşeşte pe cele socotite justificate. Dovadă de autocritică conştienţă şi demnă. (No. 13/1948).

Revista sanitară militară continuă a reflecta càşi în trecut activitatea medicală militară ştiinţifică desvoltată în toate centrele medico-militare din ţară. Pentru anul în curs şi-a propus un plan de muncă pentru tratarea unui număr de probleme cari privesc Medicina umană, Medicina veterinară, Farmacia, rezervând câte o Pagină subofiţerilor veterinari şi subofiţerilor droguişti (No. 1—2/948).

Paginile medicale dela Bârlad, continua a trata problemele medicale ştiinţifice generale prin colaboratori calificaţi unii profesori universitari; şi oglindesc viaţa sindicală şi medico-socială locală şi regională, cum li se cuvine. Cu ochii îndreptaţi spre Medicina Românească Generală reflectată în periodicele sale din cari se silesc a prezenta tot mai mult, tot astfel unele periodice generale fac menţiune şi reproduc această viaţă medicală locală atât de neglijată în trecut.

Buletinul sanitar al Capitalei, pe ale cărui colecţii din primii 3 ani împreună cu No. 1 din Anul IV nu posedăm, care apare în cadrul Inspectoratului G-ral sanitar şi de ocrotire al Capitalei de sub conducerea D-lui

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Inspector G-ral sanitar, D-r Silviu Rapoţescu, realizează în mod desăvârşit opera pentru care apare, prin publicarea de instrucţiuni şi norme de lucru, prin articole semnate de un întreg colectiv de medici în frunte cu Inspectorul G-ral sanitar al Capitalei. Ceà ce oglindeşte acest buletin pentru Capitală va trebui să cuprindă un organ similar pentru toată ţară.

Sănătatea poporului, Revistă ilustrată de igienă şi medicină populară, Publicaţie a Uniunei Sindicatelor Sanitare din România, de asemenea se adequează integral scopului propus.

Acta Medica Romana ar fi putut să cuprindă şi mai complect toate toate manifestările medicale româneşti; cu încadrările respective, dacă ar fi apărut lunar; necesităţile materiale au constrâns-o la apariţia bilunară. Spre deosebire de toate celelalte, cu cari în mai multe sau mai puţine privinţe face operă comună, revista aceasta într'o Cronică medicală reproduce şi comentează articolele de esenţă sau cu scop medical scrise în presa cotidiana. La fel, orice act public sau particular care are legături cu sănătatea publică. Este un colectiv nou, care se juxtapune celui medico-sanitar, el angàjeàzà în câmpul munci medico-sanitare întreaga ţară, a cărei expresie fidelă se socoteşte a fi presa.

Toate aceste periodice ancorate ideologic în prezent vor beneficia de orice critică justificată, obiectivă şi bine intenţionată care va avea de scop să scoată în relief nu persoana criticului ci mobilul acţiunei. Auto-critica reclamă proces de adaptare. O conformare grăbită devine suspectă, dupe cum şi o critică care păcătueşte prin exces de zel.

CJCIS Cluj / Central University Library Cluj

Varia

Nu este număr de ziar cotidian sau de revistă care să nu publice cel puţin un articol de ordin medical, sau să prezinte un fapt or un eveniment care să se refere şi la Sănătatea publică. Unele ziare le rezervă o pagină întreagă. Prelucrarea acestor articole A. M. R. o face de ani de zile în cadrul unei Cronici medicale de actualităţi. Sunt atât de numeroase, încât cer o grupare şi un comentar mai întins. Prezentăm de-avalma un număr din cele cari îşi aşteaptă rândul:

Recensământul Sanitar. — Şcoli Sanitare noi. — Elaborareà unei noi legi sanitare. — Sora de ocrotire. — Spre o nouă deontologie medicală. — Asistenţa medicală studenţească organizată. — Probleme balneoclimatice. — Sanatoriile de noapte în U. R. S. S. — Sinuciderea şi tratamentul ei. — Sinuciderile, cauze psihologice şi sociale. — Medicina aeronautică. — Aviaţia noastră sanitară. — Materialism şi empiriocriticism. — Casele de naştere. — Tratamentul accidentelor de muncă. — N. N. Burdenco, marele chirurg al creerului. — Asistenţa accidentaţilor de muncă. — Probleme sanitare organizatorice. — Gambeta şi medicii. — Arta de a nu îmbătrâni. — S'a redus preţul medicamentelor. — Prof. Mina Minovici, in memoriam. — Vorbeşte un practician de cartier. — Chirurgia pulmonară. — Reumatismul, boală medico-socială. — Chirurgia factor de producţie. — Reanimarea. — Trichinoza. — Pavilionul de cură din Cişmigiu. —

Superstiţiile. — Congresul surzilor. — Campania antimalarică. — Criminalitatea şi psihoza anilor războiului. — Laborator specializat pentru o singură analiză. — Coperativa dentară. — Medicul de cartier. — Comitetul Naţional pentru Ocrotirea Copilului. — La comemorarea Prof. Babeş.— Concepţia Psihanalitică. — Lupta contra mortalităţii infantile. — Curăţenia Capitalei. — Fişele medico-sociale. — Prof. Marinescu. — Radiografii pulmonare obligatorii. — Medici cumularzi. — Dramatica moarte a lui Moliere. — Hagiologie medicală. — Morţi misterioase. — Recensământul populaţiei. — A îmbătrânit populaţia ţării. — Cunoaşte-te pe tine însuţi. — Perspectivele chimiei moderne. — Transfuzia în U. R. S. S. — Progresul fiziologiei sovietice. — Respiraţia în legătură cu sănătatea. — Intre literatură şi medicină. — Şcoala de ieri şi de azi. — Frica de spital. — Campania anti-pelagroasă. — Bugetul de familie. — Lumina ochilor. — Cancerul, maladie vindecabilă?. — Transformarea Academiei Române în Academia Republicii Populare Române. — Societatea Română de oculistică.— Centenarul Revoluţiei dela 1848. — Biblia optimismului. — Şi o cafeluţă? — Pe moşia Vel. Clucerului Olănescu. — Ştiinţa în slujba umanităţii. — Activitatea Inst. de studii româno-sovietice. — Cursuri medicale speciale.— Reorganizarea higienei şcolare. — Intâia promoţie a Şcoalei de puericultoare. — Căminele de zi în mediul rural. — Grupul de cămine pentru copii orfani de la Mogoşoaia. — Contrastele climatului. — Cartea de familie. — Expoziţia medicinei române. — O direcţie Ad-tivă în Ministerul Sănătăţii. — C. I. P. S-ul. — Reorganizarea centrelor de ocrotire a copiilor. — Structură şi suprastructură, proces de adaptare. — Mărturisirile unui medic de ţară. — Spre o nouă mentalitate medicală. — Raţionalizarea penicilinei. — Probleme medicale în armată. — Actualele cunoştinţe despre cauzele pelagrei. — O nouă concepţie în înţelegerea boalelor. — Pelagra, boală socială. — Depistarea sifilisului, laborator central serologic C. C. A. S. — Medicul şcolar. — Cabinete medicale sau dispensarii. — Asistenţa dentară a maselor. — Ocrotirea femeii muncitoare. — Creşa şi căminul de zi al întreprinderii. — Reîntoarcerea invalizilor în câmpul muncii. — Analizele de sânge trebuesc repetate. — Revistele medicale sovietice s. a.

Autori acestor articole constituesc un *nou colectiv de muncă medico-sanitară* care cere să fie pus la contribuţie. Cea mai mare parte ne fiind de meserie, scapă deformării profesionale. Aportul lor este cu atât mai preţios, se bazează pe fapte reale şi pe spirit de observaţie imparţial. Trăesc în actualitate. Sunt vii, dinamici. Temele prezentate de unii sunt reluate şi prelucrate de alţii sub formă nouă. Ca şi unii oameni de ştiinţă, nu se citează. Se consideră în colectiv deschis, şi nu mai vor să ştie ce e al unuia şi ce e al altuia. Când revin, mai târziu, sunt mai documentaţi. Au înaintat—fără critică formală şi polemică, prin procesul de autocritică din a doua instanţă, de mai amplă informare şi de sedimentare — la adaptare prin convingere, care se face mai încet. Fără grabă şi fără exces de zel. Dar mai sigur şi mai durabil. Ca la adevăraţii oamenii de ştiinţă, sau situaţi în marginea ştiinţei dar de bună credinţă.

Redacţia.

Recensământul sanitar

5090 medici în Capitală. Recensământul sanitar a dat o primă surpriză. In Bucureşti nu mai sunt 4000 medici ca la recensământul din 1940, ci 5090, cea ce vine 41% din totalul de 12491 persoane recensate în câmpul muncei sanitare — în restul de 59% intrând: 1750 farmacişti (41%); 1493 surori de ocrotire şi infirmiere (12%); 742 moaşe (6%); 759 dentişti şi technicieni (6%); iar în restul de 21% intră: 549 laboranţi; 421 asistente sociale şi de ocrotire; 392 agenţi sanitari, subchirurgi şi oficianţi sanitàri; 257 biochimişti; 231 droguişti; 172 cosmeticieni; 75 baiaşi şi maseuri; 308 persoane diferite şi 107 personal ad-tiv.

Dintre aceştia: 3.800 depind de Ministerul Sănătăţii, 1.315 de Casa Asigurărilor Sociale, 599 de Direcţia Asistenţii C. F. R., 984, de alte instituţii de Stat sau municipale din Bucureşti, 2.764 de persoane sunt liberi profesionişti, care lucrează pe cont propriu, iar 1.689 lucrează în întreprinderi particulare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ce priveşte instituţiile sanitare, spitaliceşti, situaţia eşte următoareà: în Bucureşşti, Ministerul Sănătăţii are în cadrul Inspectoratului General Sanitar 47 circumscripţii urbane şi o Eforie sanitară municipală, 8 centre de sănătate cu 22 dispensare şi 13 laboratorii de specialitate, 16 instituţii de medicină preventivă, 20 spitale, un centru de ocrotire a copiilor, un institut de puericultură, 15 Instituţii de ocrotire şi asistenţă, 4 instituţii de cercetări ştiinţifice, un depozit central de medicamente, 2 întreprinderi productive, pentru repararea şi fabricarea màteriàlelor sanitare şi accesorii medicale, 16 şcoli de învăţământ sanitar, etc., etc.

— Aşa că, în Capitală sunt medici aproape jumătate din întreg personalul care lucrează în câmpul muncei sanitare, şi mai mult de jumătàte din toţi medicii din ţară.

Pagina

Congresul Național de Dermatologie și Sifiligrafie . . 544
Curs de perfecționare la Fac. de Med. din Cluj . . . 545

ANALIZE—BIBLIOGRAFIE

Antropologie. — Circulator. — Digestiv. — Istoria medicinei.— Medicină socială. — Respirator.— Rinichi. — Sânge. — Splină. — Periodice medico-sanitare. — Varia. . . . . 547 | 552

RECTIFICARI . 546

REDACTIONALE — AD-TIVE

Colaboratorii... pag. I și II. — Din Sumarele următoare.., III și IV. — Cărți primite la redacție 392. — Condiții de publicare și abonament... cop. IV.

CONDIȚIILE DE PUBLICARE, PUBLICITATE ȘI ABONAMENT

Corespondența cu privire la chestiuni de *Redacție și Ad-tie* se va adresa la *Sediul revistei*: Craiova, Str. Sf-ții Arhangheli, 5.

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeț.

Odată cu articolul, autorii vor trimite un scurt *Rezumat* în limbile română, franceză, germană, italiană și rusă.

Se refuză articolele de polemică personală, caș cele apărute într'o altă revistă din țară.

Revistele generale, articolele de fond și lucrările originale vor fi publicate întregi, fără urmare într'un alt număr; ele nu vor depăși 4—5 pagini de tipar; faptele anatomo-clinice, dările de seamă, însemnările terapeutice, comentariile, statisticile — 2 pagini.

Paginile în plus vor fi plătite de autori, dupe prețul de cost la zi al hârtiei și al tiparului.

Pentru *Extrase*, al căror număr se va indica, tariful va fi comunicat ulterior.

Costul clișeelor ca și al planșelor în afară de text (din revistă și din extrase), privește pe autor.

In contul *Abonamentului pe 1948*, rugăm *a se trimite anticipat 1000 lei.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Compelu Hefe