

279606

Mișcarea Medicală

LUNARĂ

PUBLICAȚIE MEDICO-CHIRURGICALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNESCĂ



SUMARUL

BCU Cluj / Central University Library Cluj

	Pag.
<i>Cronica</i>	III
Terapeutica boalelor infecțioase de <i>Dr. Horia Slobozianu</i>	1
Cura de altitudine de <i>Dr. Petre Niculescu</i>	11
O epidemie de icter infecțios primitiv de <i>Dr. I. Zwillinger</i>	30
Asupra consecințelor reacțiilor de insuflație din cursul pneumot. artificial de <i>Doc. Dr. M. Cănciulescu</i>	36
Tratamentul metroragiei de <i>Dr. S. Singer</i>	42

MIȘCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

Fisio-patologie:

<i>M. Policard, Ideile noi asupra dispoziției suprafeței respiratorii pulmonare — Leon Blum, P. Grabar și Van Caulaert, Azotemia prin lipsă de sare — M. Garnier, Icterul cataral nu există — Vladimir Mikulowschi, Contribuțiune la studiul hem. intest. în febra tifoidă — Paul Gonwaerts, Asupra patogeniei oedemelor nefretice tifoide — N. Deschamps, Despre problema biologică a hipertensiunii permanente</i>	44
--	----

II.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A.—PUBLICAȚIUNI MEDICALE

	<u>Pag</u>
Societate r. de biologie. Section de Bucarest Ședința din 23 Mai, 4 Iulie 1929, Section de Iassy Ședința din 28 Martie, 28 Aprilie, 28 Mai 1929, Section de Cluj Ședința din 30 Aprilie, 30 Iunie 1929	1
Societatea de Dermatologie și Sifilografie. Secțiunea din București Ședința din 3 Martie, 14 Aprilie 1929	1
Societatea de Ginecologie. București Ședința din 24 Mai și 17 Noembrie 1929	1
Societatea Șt. medicale din Cluj Ședința din 7 Dec. și 21 Dec. 1929	2
Societatea de Radiologie și Electrologie medicală Ședința din 11 XI, 16 XII 1929	2

B.—CONGRES E

Al 9-lea Congres r. de Neurologie, Psihiatrie, Psychologie și Endocrinologie (Cernăuți 12—14 Oct. 1929)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**Abonamentul 250 lei pe an
Pentru studenți 150 lei**

Redacția		<i>Dr. M. CÂNCIULESCU</i>
Correspondența		<i>Str. Egalității 9, Craiova</i>
Administrația:		<i>Col. Dr. G. DIAMANDESCU</i>
		<i>Str. Log. Tăut 11, Craiova</i>

279606

MIȘCAREA MEDICALĂ

LUNARĂ

Comitet de Patronaj:

Prof. C. Angelescu — Prof. I. Cantacuzino — Prof. C. Daniel
Prof. D. Danielopolu — Prof. D. Gerotă
Prof. C. Levaditi — Prof. I. Nanu-Muscel — Prof. A. Teohari

Director:

Docent D-r M. Cănciulescu

Comitet de Redacție:

Anat. Patologică: Prof. T. Vasiliu.
Bacteriologie: Doc. D. Combiescu —
D. Hess.-Leoneanu.
Cancer: Conf. A. Babeș — Conf. I. Jianu
Chirurgie: Prof. I. Iacobovici — M.
Baculescu — Conf. T. Nasta.
Chimie biologică: V. Ciocâlțeu.
Dermato-Sifiligratie: Prof. S. Nicolau
— V. Drăgoescu.
Căi digestive: Doc. Pavel — Conf. Simici
Endocrinologie: Prof. C. Parhon.
Farmacie: D-r. N. Petrescu.
Farm.-Terapeutică: Conf. G. Băltăceanu
Genito-Urinare: Doc. A. Daniel.
Gin.-Obstetrică: Doc. E. Mateescu — I.
— Doc. A. Poenaru.
Infecțioase: Prof. M. Ciuca — Conf.
T. Mironescu.
Laborator clinic: R. Hirsch.

Med. Exper.: S. Nicolau (Inst. Pasteur)
Medicina legală: Conf. M. Kernbach.
Medicina Militară: G. A. Vasilescu —
Col. G. Diamandescu.
Neurologie: Doc. St. Drăgănescu —
Conf. D. Paulian.
Nutriție: Doc. I. Daniel — Doc. G.
Litarzeck — Doc. C. Radoslav.
Oftalmologie: Prof. D. Michail.
Pat. Internă: Prof. I. Hațieganu.
Parasitologie: Prof. G. Zotta.
Pediatrie: Prof. M. Manicatide —
Anghel Daniel.
Physioterapie: Doc. P. Niculescu.
Radiologie: Prof. D. Negru — Doc.
A. Georgescu — Doc. E. Lazeanu.
Sociale: Ch. Laugier.
Tuberculoza: Doc. S. Iagnov. — T.
Voiculescu.

Secretar de Redacție: D-r. I. Rosenstein.



SOMMAIRE

1. Revue thérapeutique des maladies infectieuses chez les enfants par le Dr. H. Slobozianu.
2. La cure d'altitude par le Dr. P. Niculescu.
3. Une épidémie d'ictère infectieux primitif par le Dr. I. Zwillinger.
4. Sur les suites de la réaction d'insufflation au cours du pneumothorax thérapeutique par le Dr. M. Cănciulescu.
5. Le traitement des métrorragies par le Dr. S. Singer.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I N H A L T

1. Die Therapie der Infektionskrankheiten bei Kindern von Dr. H. Slobozianu.
 2. Über die Höheheilverfahren von Dr. Petre Niculescu.
 3. Eine Epidemie von primärinfektiösem Icterus von Dr. I. Zwillinger.
 4. Über die Folgen der Insufflationsreaktion während des therapeutischen Pneumothorax von Doz. Dr. M. Cănciulescu.
 5. Die Behandlung der Metrorragien von Dr. S. Singer.
-

C R O N I C A

D-l Dr. H. Slobozianu trece în revistă Terapeutica boalelor infecțioase la copii expunând dupe ultimele cercetări starea actuală de tratament profilactic și curativ al tusei convulsive, difteriei, scarlatinei, pojarului, tetanosului, meningitelor și oreionului.

D-l Dr. Petre Niculescu, în continuare la capitolul Talasoterapiei publicat în No. 2 1929 al revistei noastre, expune Cura de altitudine completând astfel partea Climatoterapiei.

Factorii, cari lucrează în cura de altitudine, sunt de natură chimică sau fizică.

Factorii chimici sunt reprezentați de scăderea cantității de oxigen și de ozon din aer.

Factorii fizici constau în: scăderea presiunii atmosferice, iradiazțiunea solară de altitudine, vânturile, temperatura, umiditatea, starea electrică, radio-activitatea și ionizarea aerului.

Acțiunea fizică a tuturor acestor factori dau reacțiunea biologică, care face să fie prescrisă cura de altitudine într-o mulțime de stări patologice.

Acești factori exercitând acțiune specifică asupra pielei, asupra aparatului cardio-vascular, asupra aparatului respirator, asupra nutrițiunii prin scăderea metabolismului de bază, asupra sistemului nervos determină întrebuițarea curei de altitudine în afecțiuni diferite precum: anemiile, cari se resimt în gradul cel mai favorabil de o cură de înălțime; cardiopatiile compensate justifiabile de cura de teren, și între acestea chiar stările hipertensive; tuberculozii pulmonari și chirurgicali; astmul, mai cu seamă, la vindecarea căruia contribuie în cea mai mare măsură uscăciunea și puritatea aerului de pe înălțimi; stările nervoase felurite, boala lui Basedov, care se resimte în mod foarte favorabil prin efectul scăderii metabolismului și al modificărilor de echilibru humoral, cari influențează sistemul vegetativ; menopauza; boalele copiilor cu debilitate și turburări generale de nutrițiune; diabetul.

Am citat în ordinea menționării lor de autor căle-va numai din afecțiunile, cari reclamă efectul terapeutic al curei de înălțime; trebuie să adaog însă că din motivul complexității de acțiune al factorilor, cari lucrează sinergic, precum și din al diversității organelor, pe cari le influențează, iarăși diferit, trebuiește studiat bine fiecare

caz în parte și mai cu seamă urmărit în timpul curei și la prima dovadă evidentă că localitatea considerată (indiferent de gradul altitudinii) nu acționează favorabil asupra bolnavului, cura trebuie întreruptă și bolnavul trimis într-o altă localitate.

Contraindicațiile absolute ale curei de altitudine le constituiesc: miocarditele grave, hipertensiunile de un grad mare și tuberculoza în faza cachectică.

Până când să se obișnuiască cu înălțimea, la care a urcat, un subiect poate acușa uneori insomnie, tachicardie, scăderea pozei de mâncare, tremurături și febră.

La aceste simptome se mai adaugă în mod brusc altele precum: senzație bruscă de oboseală, amețea, cefalee, greață, dispnee, hemoragii la indivizii neantrenați și pentru înălțimi cari depășesc 2500—3000 metri.

Ele constituiesc răul de munte și sunt datorite scăderii cantității oxigenului din atmosferă.

D-l Dr. I. Zwillinger a observat în cursul lunilor din toamna anului trecut la Craiova mai multe cazuri de icter, în serie, și fiind dată prezența în mai multe cazuri a bolnavilor în aceeași familie, casă sau birou, are toate motivele să creadă că s'a aflat în fața unei Epidemii de icter infecțios primitiv, înțelegând prin noțiunea de primitiv că agentul causal, pentru care înclină a-l considera ca fiind de natură gripală, a acționat dintru început și electiv asupra ficatului.

D-l Dr. M. Cănciulescu publică 2 cazuri de pneumotorax artificial întrerupt din cauza unei reacții pleurale intense însoțite de febră mare și bruscă și revărsare lichidă cu caracter polinuclear și face anumite Considerațiuni asupra consecințelor acestor reacții de insuflație, pe cari cași alți autori le pune pe seama exacerbăției inflamatorii a unui proces pleural preexistent; în casurile studiate urmărirea acestui proces și a pussetului inflamator s'a făcut pe radiograme și examene repetate ale lichidului pleural revărsat.

Aceste consecințe pot fi între altele: însemnarea cavității pleurale cu microbul sau flora microbienă a pneumopatiei subjacente, care a condus la instituirea pneumotoraxului terapeutic.

D-l Dr. S. Singer expune în mod practic Tratamentul metroragiei.

Dr. M. Cănciulescu.

MIȘCAREA MEDICALĂ

PUBLICAȚIE MEDICO-CHIRURGICALĂ

REVISTA TERAPEUTICA INFANTILA

de

Dr. HORIA SLOBOZIANU

Terapeutică Boalelor Infecțioase

Tusa convulsivă.

Tratamentul profilactic. Madsen a întrebuințat un vaccin care conține pe 1 cmc. 10 miliarde de bacili. Cantitățile sunt 0,5—0,7—1 cm. și se injctează la 3—4 zile. Studiul a fost întreprins în insulele Faroe. Cele mai bune rezultate le-a avut Madsen la copii vaccinați cu o săptămână înainte de apariția epidemiei. La acești copii se evită apariția boalei în unele cazuri. Tusa convulsivă survenită la copii vaccinați a avut un caracter benign. La 2094 copii vaccinați a avut 5 morți; la 627 copii nevaccinați mortalitatea a fost de 18.

Tratamentul curativ. Vaccinoterapia. Vaccinările contra tusei convulsive ca mijloc de tratament nu lipsesc. Fanton arată că vaccinoterapia dă rezultate dacă este aplicată în primele două săptămâni ale boalei în (stadiul cataral). În al 2-lea stadiu (convulsiv) nu mai avem rezultate. Alți autori (Hoffmann) constată că vaccinoterapia n'are nici o acțiune. Bune rezultate a avut numai cu vaccinul C a lui Parke Davis, care are pe cmc. 500 milioane bacili Bordet, 250 milioane bacili Pfeiffer și 20 milioane pneumococi. Bune rezultate a avut și cu preparatul Tuscosan, care conține bacili Bordet. Tot cu preparatul Tuscosan Berunth a putut observa bune rezultate profilactice și terapeutice. Morabito a plecat dela ideia că trebuie să desensibilizăm organismul. El prepară un vaccin format din bacili Bordet—Gengou, la care adaugă un extract de ganglioni. Din acest vaccin face injecții intra dermice de 0,2—0,3 cmc. Injecțiile sunt urmate de o ușoară reacție locală și generală. De cele mai multe ori este suficient să facem 2—3 injecții. Rare ori a fost nevoie de mai mult de 4 injecții. În cazurile în care tratamentul a fost aplicat, dela început rezultatele au fost foarte bune. Din 50 de bolnavi, 40 au fost tratați din primul stadiu. Morabito a avut 40 de vindecări, 4 ameliorări și 6 bolnavi staționari.

Medicamente. Ca să amelioreze accesele de tusa, Fanton a întrebuințat cardiazolul dicodid. După acest medicament se observă

o diminuare a vărsăturilor și a inapetenței. După cum se știe cardiazolul dă rezultate bune în broncho pneumoniile care complică tusa convulsivă.

Injecțiile de eter dând uneori necroze Hoffmann recomandă să facem 2 clisme pe zi cu 1—2 cmc. eter în 15 cmc. de oleu de olive. Freud recomandă în vărsăturile care însoțesc tusa convulsivă tricolor isobutil-alcool, substanțe cunoscute în America și Anglia sub numele de Cloreton, iar la Viena sub numele de Nautisan. Se pot întrebuița 4 supozitoare pe zi de Nautisan à 0,03 g. Freud a obținut și mai bune rezultate cu o combinație de Nautisan 0,05 și de cafeină 0,015 (Baby nautisan zăpchen). Dacă copilul devine somnolent, întrerupem tratamentul după 8—10 zile.

Rothenberg a avut bune rezultate cu Drosithym un preparat care conține Drosera și Timus Serpilum.

Agenți fizici. Razele ultra violete n'au dat rezultate prea demonstrative în tratamentul tusei convulsive. Totuși Bru a avut din 33 cazuri 27 vindecări. El recomandă ședințe de 4—10 minute, la 70 cm. distanță. Iradierea se aplică pe torace. Se fac 5—6 ședințe la un interval de 2 zile.

Schrutz și Vychytil au aplicat rontegenterapie în tusa convulsivă. Cel mai potrivit moment de aplicat razele X este stadiul convulsiv între a 3-a și a 4-a săptămână. În urma iradierilor, ganglionii traqueo-bronșici retrocedează și elementul spasmodic diminuează sau dispare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Difteria.

Tratamentul profilactic. Într'un azil de copii între 4 și 16 ani, Hoffmann a făcut imunizare activă cu vaccin T. A. F. preparat de Casa Behring. El a injectat după vârsta copilului 0,5—0.8 cm. La câteva săptămâni după ce s'a terminat vaccinarea, a survenit difteria. Dintre copiii vaccinați (51 cazuri) au făcut difteric 14 copii având forme ușoare.

Seligman se ocupă de vaccinările antidifterice care s'au făcut la Berlin unde au fost imunizați într'un an 65502 copii. S'au făcut cel puțin două injecții. Reacțiunile au fost mai mici cu vaccinul T. A. F. decât cu vaccinul T. A. S'a putut constata că morbiditatea copiilor vaccinați este $\frac{1}{3}$ din aceia a copiilor nevaccinați.

Dick G. și Gl. Dick compară imunizarea dată de toxoid și de amestecul toxină + antitoxină. El a putut constata că 3 injecții de toxoid imunizează în 95% putând merge până la negativarea reacției Schick. Injecțiile de 5 ori repetate de T. A. imunizează numai în 82%.

Lawrynovicz studiind vaccinația antidifterică întreprinsă la Varșovia constată că cele mai multe leziuni renale le dă vaccinul Dick. Reacțiunile cele mai mici le-a observat după anatoxină + streptococi. În timpul vaccinației e bine să repetăm analizele de urină. Copii vaccinați cu anatoxină dacă mai capătă difterie fac forme ușoare (observațiile lui Weill Hallé, Debré, H. Lemaire). S'au văzut

totuși cazuri mortale chiar pentru copii vaccinați (Cathala, Grenet, Lesé).

Coffin a observat un caz de paralizii difterice generalizate survenite la un copil vaccinat, paralizie care de altfel a retrocedat.

J. Renault explică aceste cazuri prin faptul că este un procent de 4—5 la 100 de copii refractari la vaccin. Acelaș procent îl dau nu numai copiii vaccinați cu anatoxină ci și cei vaccinați cu un amestec de toxină + anatoxină, procedeu care se practică în Germania și Statele-Unite.

Tratamentul curativ.

Seroterapia. Dozele mari de ser antidifteric au fost întrebuințate printre alții și de Bie. În cazurile ușoare el recomandă 0—16.000 A. E. Dacă la această categorie de bolnavi constată miros fetid în gură, periadenite, coriză difterică. Bie recomandă să mergem până la 60.000 A. E. În cazurile de gravitate mijlocie injectează 32—48.000 A. E. Dacă la acești bolnavi constată fetor, periadenită, crup dublează dozele. Se repetă injecția a 2-a zi. În cazurile grave face 80—100.000 A. E. sau dublu. Injecțiile se repetă a 2-a zi. La adulți și la copii ceva mai mari a avut rezultate bune cu 3—500.000 A. E.

În discuțiunea asupra tratamentului difteriei maligne, discuțiune care a avut loc la Societatea de Pediatrie din Paris (19 Februar 1929), Lesné a fost de părere că ne putem limita la dozele moderate de ser, tratamentul fiind prelungit mai mult timp, procedeu care ar fi mai eficace decât cantitățile enorme de ser injectate în primele zile. Weill Hallé se ridică și el în contra seroterapiei excesive și se mulțumește cu dozele mai de mult stabilite de 40—80 cmc. Comby a fost și el de aceeaș părere.

În tratamentul difteriilor maligne nu este indicat serul purificat. El trebuie păstrat pentru anginele comune, de oarece nu expune atât de mult la accidente serice. Fiind lipsit în mare parte de albmine este indicat la astmatici, la urticarieni sau ca să întărim tratamentul cu ser ordinar în anginele maligne, în crup sau în paralițiile difterice (Maridet).

În difteriile septice în care avem o asociere de bacili difterici și de streptococi, Becker întrebuințează un ser provenit dela caii injectați nu numai cu bacili difterici și cu streptococii scarlatinoși, dar și cu toxinele acestor microbi obținute prin filtrarea culturilor.

Paralițiile post difterice sunt adeseori rebele la sero-terapie. În 10 cazuri de paralizii post difterice. Venuti cu toate că a întrebuințat doze mari de ser (20.000—65.000 munități), n'a observat nici o acțiune asupra evoluției paraliziei. Venuti a putut observa și alte paralizii survenite chiar în timpul tratamentului. Alteori paralizii severe se vindecă chiar fără tratament.

În coriza difterică, afecțiune atât de frecventă la sugaci, este nevoie de un tratament cu ser antidifteric intra-muscular și intra-venos.

Afară de seroterapie Iacobovis recomandă să destupăm nasul înainte de supt, instilând în nas câteva picături dintr'un amestec de adrenalina 1/1000 și 3% soluție de acid boric amestecate în părți egale. Dacă sunt pseudo-membrane în nas facem un tratament local cu ser antidiferic și întrebuințăm protargol în vaselină 10%.

Scarlatina.

Tratamentul profilactic. Injecțiile cu ser antiscarlatinos nu dau imunitate decât 3 săptămâni. După acest timp reacția Dick devine din nou pozitivă și copiii sunt expuși să capete scarlatină. Este prin urmare nevoie de făcut o imunizare activă cu vaccinuri, imunizare care ține între 6 și 15 luni. Procedeele de imunizare activă nu lipsesc. Ne putem servi de: 1) toxina Dick; 2) anatoxina Dick; 3) un amestec de toxina și streptococi scarlatinoși; 4) o emulsie de streptococi scarlatinoși omoriți. Acest din urmă procedeu este de mult cunoscut. Casa Behring prepară un vaccin numit Gabritschensky Impfstoff, din care se injectează 1 cmc. la 8 zile interval. Se fac 3—5 injecții. Această vaccinare a luat o mare extenzie în America, Rusia, Germania, Jugoslavia, Ungaria, etc. Grație inițiativei d-lui Prof. Cantacuzino și a școlii lui s'au practicat și la noi în țară vaccinuri contra scarlatinei. Din diferite lucrări rezultă că morbiditatea ar scădea la $\frac{1}{3}$ la vaccinați față de nevaccinați (I. Nicolau).

Tratament curativ. De curând a apărut o serie întreagă de lucrări asupra serului antiscarlatinos. Schottmüller recomandă să injectăm serul cât mai repede, chiar în prima zi de exantem. Injecțiile se fac intra-muscular, în cazurile grave intra-venos. Dozagiul 30—40 cmc. ser concentrat sau 50—80 cmc. ser obișnuit care se poate întrebuința în cazurile de gravitate medie. La copii sub 14 ani facem jumătate din cantitățile de mai sus. Repetăm injecția a 2-a zi dacă nu s'a produs nici o ameliorare. În scarlatinele fulminante se injectează 100 cmc. Injecțiile de ser antiscarlatinos au dat lui Schottmüller exantem seric în 3%. Autorul a întrebuințat în 850 cazuri serum Behring, Scarlaserin Höchst, serul Ruete Enock. Acțiunea antitoxică a serului Behring ar fi mai marcată decât a scarlastreptoserin Höchst. În general la 12 ore după injecție febra cade brusc, prostația, hipotensiunea și somnolența dispar. Serul are o acțiune manifestă asupra fenomenelor toxice. Seroterapia nu dă rezultate în perioada 2-a a boalei.

Friedmann recomandă 25—50 cmc. la copii sub 8 ani și 50—100 cmc. dela 8 ani în sus. La nevoie injecțiile se repetă în zilele următoare.

Banks și Mackenzie au injectat serul pe cale intravenoasă în 404 cazuri, intramuscular în 68 cazuri. Autorii au avut foarte bune rezultate cu injecțiile intravenoase care stopează procesul scarlatinos și micșorează complicațiile. Observând un caz de moarte în urma șocului produs de injecția intravenoasă de ser el recomandă să

căutăm mai întâi senzibilitatea la ser. Dacă avem o reacțiune netă nu facem injecție intravenos decât dacă avem un ser purificat.

Iwaschenzow (citată de Dr. I. Nicolau), a avut rezultate excelente în formele grave cu ser intrarachidian.

Stoltenberg a avut și el rezultate foarte bune cu serul concentrat Behring. El a tratat 153 cazuri grave. În 87 cazuri febra a căzut brusc sau litic. Mortalitatea a diminuat la 3,9⁰/₀. Complicațiile n'au fost influențate.

Göttsche pe 446 cazuri tratate tot cu serul Behring a obținut rezultate bune.

Gabriel a întrebuințat și el serul Behring la 200 scarlatinoși. Autorul nu este prea entuziasmat de acțiunea serului. El recunoaște că febra cade mai repede în cazurile tratate. Complicațiile au survenit mai rar în cazurile tratate decât în celelalte.

Intrebuințând serul Dick Dochez preparat după tehnica lui Dochez în Institutul Dr. I. Cantacuzino, D-nii D-ri Stroe și Hortopan ajung la concluzia că acest ser are o acțiune parțială și inconstantă. În formele hiperpiretice serul este eficient în 50% din cazuri, în care face să cadă febra sub 38⁰ fără să dea o apirexie completă și definitivă. Serul ameliorează starea generală înlăturând unele manifestări toxice, n'are însă nici o acțiune asupra complicațiilor. În formele grave și maligne serul dă foarte rar rezultate bune. Din 31 cazuri n'au fost ameliorate decât 2.

Hartwich a experimentat scarlaserin Höchst. El a injectat 11,5 cmc. la copii și 25 cmc. la adulți. Injecțiile au fost repetate la nevoie. Căderea febrei a fost evidentă în cazurile necomplicate.

Nobecourt Martin și Bizé s'au servit în 22 cazuri de scarlatină gravă, de serul Pasteur preparat după metoda lui Dick. Ei au avut rezultate bune în faza toxică din primul stadiu. Nici o acțiune asupra stărilor septică și asupra complicațiilor.

Injecțiile de ser și de sânge de convalescent, metodă aplicată la noi încă din 1922 de D-rul T. Mironescu, de D-rul Meșulescu și alții, continuă să dea rezultate remarcabile. D-rul Meșulescu publică din nou rezultatele pe care le-a avut în 72 de cazuri de scarlatină gravă observate în spital și 15 cazuri în oraș. D-rul Meșulescu face recoltarea sângelui a 3—4 săptămână. El amestecă sângele dela 2—4 convalescenți. Doza maximă de ser a fost de 30 cmc. pe zi, cea de sânge total de 50 cmc. Injecțiile se repetă la nevoie în zilele următoare. În cazurile grave se pot face 2 injecții pe zi. Rezultatele au fost dintre cele mai bune. Mortalitatea a scăzut în spital dela 35,7% la 15,2⁰/₀.

După Ciucă, Crăciunescu și Bahor în scarlatinele hipertoxice, serurile antisscarlatinoase n'au dat rezultate mulțumitoare. Serul Dick și Dochez întrebuințat în asemenea cazuri, a dat rezultate îndoelnice. Din contră serul de convalescent aplicat dela începutul boalei în cantitate suficientă are o acțiune netă asupra fenomenelor toxice. El salvează 60—81% dintre formele grave. Scarlatinele hipertoxice

netratate cu ser de convalescent dau o mortalitate de 90—100% (Dr. Nicolau).

Rosenstein S. ne dă două cazuri de nefrită gravă scarlatinoasă cu hematurie pronunțată, care n'au cedat decât după ce s'au făcut injecții cu cantități mici de sânge dela mama care a avut scarlatină. Se repetă injecția dacă sângele persistă în urină.

În angingele necrotice cu adenopatie lemnoasă, D-rii Stroe, Budișteanu și Barasch, au avut rezultate bune întrebuițând serul antigangrenos (60 cmc.).

Rugeola.

Tratamentul profilactic. Întrebuițarea serului de convalescent în profilaxia rugeolei nu mai este o metodă nouă. Totuși putem aminti lucrarea lui Copeman care după o injecție de 3—5 cmc. de ser de convalescent produce o imunitate pasivă care durează o lună. Dacă injectăm 5—15 cmc. până la a 4-a zi dela contagione, boala se înlătură în mod sigur. Injecțiile făcute a 5-6 zi dau rezultate numai în unele cazuri, după a 7-a zi injecțiile nu mai au nici o acțiune profilactică chiar dacă am face 40—50 cmc. ser. În cazurile tratate cu ser, evoluția pojarului a fost mai atenuată. Serul făcut după apariția pojarului dă o atenuare a boalei și micșorează complicațiile.

Imunitatea activă se obține dacă injectăm ser și toxină rugeolică sau dacă injectăm 1/400 cmc. sânge de pojar luat chiar în momentul erupției. Sângele este amestecat cu ser fiziologic.

Knauer a obținut profilaxia pojarului la sugaci cu serul persoanelor care sunt expuse mai des la infecția rugeolică (medici, personalul spitalului). El a injectat 5—7 cmc. ser la 20 sugaci. La 10 sugaci a avut rezultate bune, alții cinci au făcut forme ușoare de pojar.

Tetanosul.

Seroterapie. Grenet și Vogt au făcut la un nou născut atins de tetanos câte 20 cmc. de ser pe zi. În total s'au injectat 240 gr. Din cauza contracturilor serul n'a fost injectat nici intrarachidian, nici intravenos și nici intracerebral. Copilul s'a vindecat. Tot pe cale subcutanată a fost injectat serul în cazurile redatate de Leroux în teza sa. Este vorba de o fetiță de 12 ani și de un băiat de 6 ani. Tratamentul a fost făcut cu ser dezalbuminat care micșorează mult fenomenele serice.

Leroux a întrebuițat cantități mari de ser, 60—100 cmc. pe zi timp de 8—10 zile. El a întrebuițat chloral, antipirină, somnifen, cloroform.

Dr. Milian a tratat 3 cazuri cu doze masive de ser obținând vindecarea în toate trei cazuri. Într'un caz s'a administrat în 15

zile 3000 gr. ser antitetanic (60 cmc. intrarachidian, 360 intravenos și 2380 intramuscular). În alt caz 2800 gr. în 14 zile, în al 3-lea caz 900 gr.

Dr. Cerchez a întrebuițat cantități mari de ser: 6800 gr. într'un caz, 4000 gr. în alt caz și 3400 gr. în al 3-lea.

Medicamente. Archimbaud în cazul pe care-l relatează a întrebuițat morfină, în afară de cloral și de ser. La o fetiță de 12 ani, cu un tetanos grav el a injectat 40 cmc. de ser purificat intrarachidian și 40 cmc. ser intravenos. Fetița a mai luat per os 6 gr. de cloral. În ziua următoare se face puncție lombară sub cloroform și se injectează 45 cmc. Intravenos se fac 40 cmc. ser. În aceeași zi seara se injectează 1 ctgr. de morfină și se repetă 50 cmc. ser intrarachidian, 40 cmc. intravenos și 50 cmc. intramuscular, injecțiile fiind făcute sub cloroform. În zilele următoare se fac tot câte două serii de injecții pe zi intrarachidian, intravenos și intramuscular. În plus se dă dimineața și seara 6 gr. de cloral și 1—2 ctgr. de morfină. În total s'au făcut 1420 cmc. ser dintre care 200 cmc. pe cale lombară, 660 cmc. pe cale intravenoasă și 560 gr. pe cale intramusculară. S'au întrebuițat 142 fiole de ser à 18 franci fiecare (2556 franci cam 17.000 lei). Alt tratament constă în a administra doze mari de cloral și de bromur. Johrston relatează un caz de tetanos la un nou născut la care în lipsă de ser antitetanic s'a dat, la început, la 2 ore 0,177 gr. de cloral hidrat și 0,59 gr. de bromur de sodiu. După 12 ore copilul era ceva mai bine și a putut fi hrănit cu lingurița. Dozele de bromur și de cloral au fost date în zilele următoare la 4—6 ore. După 6 zile s'a întrerupt tratamentul. Copilul luase în total 8,5 gr. de cloral și 69 gr. de bromur.

Heim pleacă dela faptul că concentrarea ionilor de Hidrogen produce contractura mușchilor, lucru arătat de Meyerhof. El injectează intra-venos 20-5 cmc. dintr'o soluție de 10% de bicarbonat de sodiu și dă pe gură 10—3 gr. de bicarbonat. Rezultatele au fost din cele mai bune. La 15—30 minute dela injecție spasmul cedează. Acțiunea bicarbonatului durează 3—5 ore. Injecțiile cu bicarbonat au desavantajul că trombozează venele. În afară de bicarbonat se face tratamentul cu ser antitetanic. Din 9 cazuri tratate au murit 2.

Wolf a întrebuițat în tetanos narcoza cu Avertin, pe care a repetat-o într'un caz de 11 ori în 2 zile. La un copil de 14 ani a întrebuițat 50 gr. de Avertin. Narcozele cu Avertin nu sunt lipsite de pericole. Seiffert la 1000 narcoze cu Avertin a observat un caz de icter și un caz de moarte.

Meningitele.

În afară de tratamentele clasice cu ser în meningite se poate întrebuița acțiunea bactericidă a urotropinei. Medicamentul se administrează în injecții intravenoase sau per os. La $\frac{3}{4}$ de oră dela in-

jecție urotropina apare în lichidul cefalo-rachidian. După Rostock și alții pătrunderea urotropinei prin meninge se face la fel în stările normale și patologice. Rostock recomandă urotropina în toate infecțiile meningeele și în cele post-operatorii. Ea poate fi întrebuințată profilactic în toate operațiile pe cap sau în fracturi. După Rostock, dacă se tratează animalul cu urotropină, infecțiile după trepanațiile septice se observă în 12%, în timp ce animalele de control dau o mortalitate de 70%. În mod profilactic se dau 3—10 gr. urotropină pe zi. În meningite se face intravenos de 1—3 ori pe zi câte 10 cmc. dintr'o soluție sterilizată de 40% urotropină până la dispariția manifestărilor s'au încercat și injecții intrarachiene cu urotropină.

În infecțiile generale cu meningococi sau în meningitele rebele la seroterapie, Chavanny a întrebuințat cu bune rezultate procedeul lui Reilly (endoproteina meningococică obținută din culturi uscate, tinturate cu clorur de sodiu).

Prof. Theohari și D-rul Gheorghian au avut rezultate bune înainte de război într'o meningită rebelă injectând un vaccin meningococic.

Cu toate că meningitele cu pneumococ sunt de cele mai multe ori mortale, Umberto Sala ne relatează un caz de meningită cu pneumococ survenită la un sugaci în vârstă de 6 luni. Copilului i s'au făcut injecții intramusculare de 20 cmc. de ser antipneumococic. Vindecarea s'a produs a 10-a zi de boală. Library Cluj

Banza a observat un alt copil în vârstă numai de 10 zile, care după o otită face o meningită cu pneumococ. În prima zi de tratament i se face o injecție de 10 cmc. ser antipneumococic intramuscular și 0.50 gr. de urotropină. În zilele următoare se fac puncții lombare și scoate puroi și se injectează serum antipneumococic. Vindecare.

Appel într'o meningită cu pneumococi survenită la un copil de 11 ani, rebelă la injecții cu ser antipneumococic a întrebuințat injecții intravenoase cu 10 cmc. de soluție de Pregl. După 2 injecții a obținut vindecarea.

Oreillon.

Tratamentul profilactic a fost făcut de Skozky cu ser de convalescent care se recoltează la 15 zile după dispariția tumefacției parotidelor. La copiii sub 5 ani s'a injectat 3 cmc. ser, dela 5—15 ani 10 cmc., după 15 ani 15 cmc. Dintre indivizii vaccinați nu s'au îmbolnăvit decât 1,1%, acesta a făcut un oreillon abortiv.

Tratamentul curativ. Gelfgat a tratat bolnavii cu oreillon cu injecții de lapte fiert. El a injectat în 3 cazuri 3 cmc. de lapte. În alte 47 cazuri injecțiile au fost de 5 cmc. de lapte. S'au făcut 1—5 injecții în 3—6 zile. Numai după injecții de 5 cmc. de lapte s'a văzut o ameliorare. Durerile încetează în 44%, tumefacția dispare în 33%. În orbitele urliene tumefacția a dispărut în 50% în primele 24 ore, durerile au cedat în 70%.

INDICAȚIUNI BIBLIOGRAFICE

Tusa convulsivă.

Madsen: Zur Diagnose un Prophylaxe des Keuchhustens. Dtsch. med. Wochenschrift, 1929. **Fauton:** Contributo alla terapia della pertose nei suoi vari periodi, *Pediatr prat*, 1929. **Hoffmann:** Einige Versuche mit Keuchhusten vaccino-terapie per via intra dermica nella pertose *Pediatr Riv*, 1929. **Freud:** Über die Behandlung des nervösen sowie des durch Pertusis bedingten Erbrechen im Kindesalter mit Trichloriso butyl alkohol Dtsch. med. Wschr., 1929. **Rothenberg:** Drosithym zur Behandlung des Keuchhustens und der Katarrhe der oberen Luftwege Dtsch. Med. Wschr., 1929. **Schrutz si Vychytil:** Die Röntgentherapie des spastischen Hustens *Jh. Kinderheilk*, 1929.

Difteria.

Hoffmann: Erfahrungen mit der Diphterieschutz impfung Mschr. Kinderheilk, 1929. **Seligmann:** Ergebnisse der aktiven Schutzimpfung gegen Diphterie nach ein jähriger Durchführung in Berlin Dtsch. med. wscr., 1929. **Dick G. și Gl. Dick:** Imunizare în difterie *J. Amer. med. Assoc.*, 1929, în (Zentralbl. f. kinderheilk, 1929). **Weill, Halli și Garostidi,, Debré, Lemaire, Cathala, Coffin. J. Renault:** Soc. de Pediatrie, 15 Octombrie 1929. **Bic:** Die Behandlung der Diphterie mit grossen Serum dosen. Dtsch. med Wschr. 1929. **Maridet:** Le serum purifié dans la prophylaxie et le traitement de la diphterie *Th. de Paris*, 1927. **Becker:** Über ein neartiges Diphterie Scharlachserum in uno *Z. Immun forschg.* 1929. (Zentralbl. f. Kinderlk. 1929). **Venuti:** La sieroterapia nelle paralisi post difteriche. *Riv. Clin. pediatri*, 1929. **Iacobovis:** Asupra difteriei nasului la sugaci, 1929, (Zentralbl. f. Kinderheilk .1929).

Scarlatina.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Schottmüller: Heiscirumbehandlung u. Schutzimpfung bei Scharlach. Dtsch. Ges. in Med. 1929. **I. Nicolau și Antinescu:** Cercetări noi asupra scarlatinei. *Revista Științelor Medicale*, Iunie, 1929. **Banks și Mackenzie:** Injecțiile intravenoase a antitoxinei în scarlatină, *Lancet*, 1929. **Stoltenberg:** Erfahrungen über die Serum behandlung des Scharlachs mit dem Konzentrierten. Serum der Behring Werke München .Med. Wschr. 1929. **Göttsche:** Beitrag zur Behandlung des Scharlachs mit Behring Serum Münch. Med. Wschr. 1928. **Gabriel:** Ein Beitrag zur Serumtherapie des Scharlachs *Jb. Kinderheilk.* 1929. **Stroe și Hortopan:** Essais de serotherapie antiscarlatineuse *Archives de Pathol. exper. et de microbiologie*, Sept. 1929. **Hartwich:** Zur Serumtherapie des Scharlaches Dtsch. Klin. Med. 1929. **Nobecourt, Martin et Rize:** Serotherapie antiscarlatineuse, *Bull. soc. Pediatr.* 1928. **Mețulescu:** Tratamentul cazurilor grave de scarlatină cu serul și sângele convalescenților. *Rev. Științelor Med.* 1928. **Cincă, Crăciunescu și Bahov:** Traitement de la scarlatine par le serum de convalescent. *Arch. roumaines de pathol. exper. et microbiologie*, 1928, p. 271. **Rosenstein:** Deux cas de nephrite scarlatineuse traités par petites quantités de sang de mère convalescente. *Bull. Med.* 1929, p. 895. **Stroe, Budîșteanu și Barasch:** Intrebunțarea serului antigangrenos în unele cazuri de scarlatină. *Soc. de Pediatrie*, București, 1 Iunie 1929.

Rugeola.

Copemann: Profilaxia pojarului *J. State Med.* 1929. (Zentralbl. f. Kinder Ark. 1929). **Knauer:** Über Masernschutzimpfung *Jh. Kinderheilk*, 1929.

Tetanos.

Grenet și Vogt: Un caz de tetanos du nouveau sié, Guérison. Archives des Maladies des Enfants. Fevr. 1926. **Leroux:** Le traitement sérique du tetanos. These de aPris, 1928. **Milian:** Tratamentul curativ al tetanosului cu doze masive de ser. Noua Revistă Medicală, 1929, Sept. **Cerchez:** Trei cazuri de tetanos tratate cu doze masive de ser. Soc. de Pediatrie, 23 Noembrie, 1929. **Archambaud et Friedmann:** Sur la serotherapie curative du tetanos, Presse Med. 27 Avril 1927. **Johnston:** Un caz de tetanos la un nou născut, vindecare. The Glasgow Med. Jour. Dec. 1928, (Arch. de Med. des Enfants 1930, p. 47). **Heim:** Uber die Behandlung des Tetanus im Kindesalter Mschr. Kinderheilk, 1929. **Wolf:** Avertin bei Wundstarrkrampf. Zbl. Chir. 1929. (Zentralbl. f. Khk. 1929, p. 753). **Seiffert:** 1000 Avertinnarkosen (idem).

Meningita.

Rostock: Die Urotropin behandlung der Meningites. Dtsch. Z. Chir. 1929. Ref. u. Zentrabl. f. Kinderhkunde 1929. **Chavanny:** Clinica, Noembre, 1929. **Sala:** Meningită cu pneumococi la un sugaci urmată de vindecare. La Pediatria 1927. **Appel:** Meningita cu pneumococi tratată cu soluție Pregl. vindecare. Arch. of. Pediatr. 1929. 516. (Zentrabl. f. Kinderhkunde, 1929, p. 777).

Oreillon.

Skrozkig: Seroterapia în oreillon, 1928. Zentrbl. f. Kinderheilk. 1929. **Gelfgat:** Terapia parotiditei epidemice. Vrac Del. 1928. (Zentralblatt f. Kinderheilkunde, 1929).

CURA DE ALTITUDINE¹⁾

de

Dr. PETRE NICULESCU

Cura de altitudine se clasifică, după variația elementului de înălțime, în cura de slabă altitudine sau prealpină între 300—700 metri, cura de altitudine medie sau subalpină între 700—1000 metri, cura de altitudine înaltă sau alpină între 1000—1900 metri. Deasupra domină altitudinea supraalpină care nu are importanță decât din punctul de vedere fiziologic.

Modificările curative cele mai intense se obțin în cura alpină propriu zisă dintre 1000 și 2000 metri. După observația judicioasă a lui *Eichorst*, până la înălțimea de 1000 metri nu apare nici un fenomen evident de aclimatizare, adică nu se produce nici o modificare mai intensă a organismului. Deasupra înălțimei de 2000 metri, turburările determinate sunt prea intense a putea fi suportate de persoanele bolnave.

Compoziții curei de altitudine se împart ca și cei talasoterapiei în chimici și fizici.

Compoziții chimici sunt reprezentați prin scăderea cantității de oxigen și de ozon. Scăderea oxigenului, datorită scăderii presiunii barometrice, determină modificări foarte importante în organism și constituie unul din elementele cele mai caracteristice ale curei de altitudine. Pe când toți ceilalți componenți climato-terapeutici ai altitudine, modifică funcțiunea organismului prin excitarea pielei, scăderea oxigenului din sânge, determină modificări prin excitarea directă a centrilor nervoși (*Loewy*).

Compoziții fizici în număr de opt sunt următorii: scăderea presiunii atmosferice, iradiațiunea solară de altitudine, vânturile, temperatura, umiditatea, starea electrică, radio-activitatea și ionizarea aerului. Acțiunea biologică generală este rezultanta componenților fizico-chimici descriși. Altitudinea lucrează în sensul unei sporiri a tuturor funcțiilor, sporire pe care *Loewy* o consideră apropiată de cea determinată de substanțele proteice. După *Dorno*, acțiunea de excitare este însoțită și de o acțiune de crușare. Din această cauză, altitudinea este mai puțin excitantă decât marea, fapt ce

1) Din tratatul de Fizio dinamic în curs de publicațiune.

Cura de altitudine publicată în continuarea Talasoterapiei dela No. 2/1929 al Mișcării Medicale completează capitolul Climatoterapiei. Acest capitol comporta aplicațiuni practice numeroase atinse numai în treacăt în tratatele clasice.

(Nota Direcțiunei).

arată că bătrânii sunt mai potriviți pentru cura de altitudine decât pentru cea marină. Cura de iarnă este mult superioară celei de vară, prin întrunirea laolaltă a tuturor factorilor meteorologici prielnici. Această cură necesită o aclimatizare progresivă și presupune prezența unui fond de rezervă. De aceea, la bătrâni, aclimatizarea progresivă este necesară (*Hediger*). Cura subalpină este mai puțin excitantă, provocând reacțiuni organice mai puțin intense.

1) *Oxigenul*. Cantitatea de oxigen din aer scade în proporție cu altitudinea. Din cauza acestei scăderi se produce o diminuare a cantității de oxigen din sânge, diminuare mai puțin importantă decât scăderea tensiunii sale în plasma sanguină. Indestularea organelor cu oxigen este turburată și din cauza aceasta se produc modificări serioase cari privesc respirațiunea, tensiunea arterială și nutrițiunea, modificări ce vor fi studiate la capitelele respective. Aceste turburări apar la altitudinile nu prea mari. Astfel, după observațiile lui *Loewy*, locuitorii din Câmpie trecând la altitudinea din Davos, adică la 1000—1500 metri, prezintă turburări caracteristice, datorite lipsei de oxigen. Proba că aceste turburări sunt datorite lipsei de oxigen este faptul că ele dispar prin inhalarea acestui gaz. Studiul turburărilor datorite lipsei de oxigen se face în mod experimental prin închiderea animalelor în camere în cari presiunea aerului e scăzută.

În chipul acesta, *Rosin* a constatat la cobai, la șoareci și la epuri, degenerescență grăsoasă a ficatului cu necroza părților centrale ale loburilor hepatice. Leziuni grăsoase se constată deasemeni în inimă și rinichi (*Lewinstein*). Leziunile din ficat sunt identice cu cele provocate de intoxicația gravă cu fosfor (*Laubender*). În fine *Takenchi* a observat la pisici dilatația cordului. Toate aceste cercetări explică faptul că, chiar scăderile mici de oxigen pot produce apreciable modificări funcționale, din momentul ce scăderile mari produc leziuni grave organice.

2) *Ozonul*. Bogăția de ozon a aerului de altitudine este destul de accentuată. După *Thierry* aerul din *Grand-Mulets*, așezat la 2000 m. deasupra lui *Chamonix*, este de trei ori mai bogat în ozon. Această bogăție se datorește, după *Lenard* și *Ramsaner*, acțiunii razelor ultraviolete, constatare ce explică de ce ozonul se găsește în cantitate mai mare primăvara și vara, adică atunci când iradiațiunile solare sunt mai bogate în raze ultraviolete.

Acțiunea ozonului în cura de altitudine este îndoelnică.

3) *Presiunea barometrică* scade odată cu altitudinea, fără ca să existe un paralelism complet în această scădere, care depinde mai mult de temperatură.

Cu cât temperatura este mai ridicată, cu atât presiunea este mai mică. Oscilațiile barometrice cele mai mici, de aproximativ 12-13 milimetri, se observă din Iunie până în August, în timpul curei de vară, iar oscilațiile cele mai mari din Decembrie și până în Mai. Oscilațiile zilnice ale presiunii barometrice sunt mai mici decât la câmpie. Această relativă uniformitate face ca turburările provocate

de oscilațiile barometrice să fie mai puțin accentuate pe timp liniștit. Din contră, vântul Foen accentuează modificările barometrice, ceace explică în parte turburările pe cari le produce.

4) *Iradiațiunea solară* de altitudine constituie un element fizic de mare importanță. *Rollier* ținând seamă că din punct de vedere clinic, este greu să precizeze care este partea de acțiune a iradiațiunii solare, izolată de ceilalți componenți, o consideră totuși ca un factor climatic hotărâtor. (Congresul de Actinoterapie, Hamburg, 1927). Elementele caracteristice ale helioterapiei de altitudine, sunt următoarele în comparație cu helioterapia de câmpie: intensitatea, uniformitatea, superioritatea din punct de vedere calitativ, și, în fine, posibilitatea aplicării în timpul iernei.

Intensitatea acțiunii iradiațiunii solare, crește odată cu altitudinea. Această creștere se datorește în primul rând faptului că stratul de aer absorbit este mai mic. A doua cauză de creștere este constituită de puritatea aerului. Pe când în orașele industriale, aerul conținând maximum de impurități o mare parte din totalitatea iradiațiunilor scapă nefixate, în altitudine, unde aerul este sărac în vapori de apă, pulbere, fum și substanțe coloidale ce absorb razele solare, aproape totalitatea razelor acționează asupra organismului. Pădurile și mai cu seamă cele de brazi, filtrând impuritățile aerului, contribuie la sporirea purificării atmosferei, iar zăpada împiedică formarea prafului. După măsurătorile comparative făcute de *Goetz* în unele zile clare de Ianuarie, aerul din Arosa este de 3 ori mai transparent decât cel din Frankfurt, iar luminozitatea la Davos este de 7 ori mai mare ca la Kiel. În fine, dela anumite înălțimi și mai cu seamă iarna, intensitatea iradiațiunii este sporită prin reflexiunea albului zăpezei și a ghețarilor cari pot reflecta până la 80% din razele incidente. Pe de altă parte zăpada nu dă naștere la ceață sau nori, pentru că aerul de altitudine nefiind încălzit nu condensează vaporii de apă. Totalitatea acestor condițiuni atmosferice favorabile face ca, după expresiunea fericită a lui *Denoto*, între om și soare să se stabilească un contract direct prin suprimarea ori-cărui intermediar.

Intensitatea iradiațiunii se traduce printr'o sporire a înmagazinării caloriilor cari, la înălțimile de peste 3500 m., crește cu o treime pe centimetru patrat. Grație acestei intensități a iradiațiunii expunerea la aer este cu puțință fără a se percepe senzația de frig. Căldura înmagazinată se elimină mai cu ușurință în aerul uscat și rece. Sporirea eliminării căldurii ușurează iradiațiunile generale și mai ales pe cele locale, eliminarea la șes făcându-se în condițiuni rele. Acest fapt explică de ce helioterapia în altitudine este însoțită de o stare de bine. Am arătat că, în talassoterapie, vânturile marine în mod analog ușurează eliminarea căldurei. Pământul înmagazinează iradiațiunea solară sporită, fapt ce explică de ce temperatura la suprafață este mai puternică decât la câmpie. Astfel, după măsurătorile lui *Dorno* și *M. Martin*, regiunile alpine dela 1500 m. în sus fixează cu 50% căldură mai mult decât pământul dela șes. Această rîdi-

care de temperatură prezintă o deosebită importanță fiind prielnică dezvoltării, atât a vieții vegetalelor cât și a animalelor, fenomenele vitale făcându-se în condițiuni mai bune.

Deosebirea de temperatură între părțile expuse la soare și cele neiradiate este extrem de accentuată, ajungând la înălțimile mari, după cercetările făcute de *Monte-Rose*, până la 68 grade. Această deosebire intensă de temperatură între locurile iradiate și cele umbrite, prezintă importanță din punct de vedere igienic. Trecerea bruscă la umbră prin pierderea intensă de căldură, putând fi primejdioasă.

Lumina difuzată, primăvara, spre deosebire de iradiația marină, joacă un rol mai puțin important în cura de altitudine, cu toată acțiunea difuzantă a zăpezii și a ghețarilor. După măsurătorile făcute la *Davos*, lumina difuzată constituie aproximativ numai o zecime din totalitatea iradițiilor solare.

Uniformitatea de iradițiuni constă în variațiuni mici între iarnă și vară, maximum de iradițiuni fiind vara în timpul lunii August, iar iarna în timpul lunilor Ianuarie și Februarie. Măsurătorile făcute în altitudinea medie arată că lunile de toamnă, sunt cele mai bogate în raze ultraviolete, primăvara fiind mai puțin bogată, iar vara cea mai săracă. Ca și în cura marină, superioritatea calitativă a iradiațiunii de altitudine constă în bogăția de raze ultraviolete, care prezintă cea mai intensă acțiune biologică. Această bogăție, se datorește lipsei impurităților aerului, impurități cari în câmpie absorb razele ultraviolete.

De asemenea, lumina difuzată din altitudine conține de patru ori mai multe raze U. V. decât lumina difuzată din câmpie.

Ultima caracteristică a iradiațiunii de altitudine, este posibilitatea aplicării în timpul iernei. Spre deosebire de condițiile climatice din câmpie, în altitudine domnește în timpul iernei, un minimum de înorare; cerul senin îngăduie utilizarea de numeroase ore de iradiațiune.

De obicei ceasurile dela prânz sunt cele mai bogate în luminozitate. Uneori apare, totuși, înorare în acest timp, prin evaporarea apei din pământul încălzit de razele solare. După calculele lui *Van Oordt*, sărăcia soarelui de iarnă în câmpie, este atât de accentuată, încât organismul fixează deabia în timpul unei luni, cantitatea de raze ultraviolete ce se fixează într'o singură zi de vară. Pentru aceste motive, helioterapia se poate face iarna numai în altitudine și în stațiunile maritime sudice.

Maximumul de beneficiu al helioterapiei se obține în stațiunile de altitudine expuse la sud, unghiul de incidență al razelor solare jucând un rol precumpănitor. După măsurătorile lui *Dorno*, expunerea către sud și sud-est în timpul iernei, îngăduie cea mai bună utilizare a iradiației solare.

În teză generală, stațiunile de altitudine, cari din cauza neluminozității lor și precipitațiilor atmosferice prezintă în general un timp de utilizare a iradițiilor solare, mai mic de cinci ore pe zi,

nu sunt potrivite pentru cură. Urmează ca superioritatea unei stațiuni de altitudine se datorește în primul rând, bogăției în ore de iradiațiune.

5) *Vânturile* produc modificări ale climei de altitudine, modificări ce se resfrând asupra organismului. Influența vânturilor variază după natura lor. *Foen-ul* din Alpi este un vânt cald și uscat care bate iarna și toamna determinând o mărire a temperaturii medii, temperatură ce este prielnică vegetației și grăbește topirea zăpezii. Modificând starea de umiditate și *încărcarea electrică* a aerului, acest vânt determină oboseală, dureri de cap și oprește, în același timp eliminarea apei prin piele și plămâni. *Boro*, împrejurul Adriaticii și *Mistralul* în sudul Franței sunt vânturi reci cari produc scăderi accentuate ale temperaturii. Vânturile puternice sporesc asprimea climei de altitudine, făcând imposibilă întrebuințarea, în scopuri terapeutice, a unei localități. Lipsa de vânturi este de asemenea vătămătoare prin stagnarea aerului. Singurele vânturi prielnice sunt cele cari modifică organismul în modul expus la talassoterapie, prin excitarea tegumentelor. Moderarea curenților de aer este determinată în primul rând de aranjarea prielnică spre nord a lanțurilor de munți ce apără stațiunile potrivite curei de altitudine și apoi, în timpul iernei, de acoperământul mai gros de zăpadă ce îngreunează mișcările maselor de aer. Intensitatea vânturilor în chipul acesta este atenuată.

6) *Temperatura*. După cum se știe, temperatura scade proporțional cu creșterea înălțimei. În mediu, în Europa, în timpul iernei, scăderea este de 0,45 dintr'un grad, pentru o creștere de 100 de metri. În comparație cu scăderea din timpul verii, scăderea din timpul iernei, este mai puțin accentuată. Deosebiri de temperatură dela zi la noapte și între anotimpuri sunt importante. Deosebirea de temperatură între zi și noapte este mult mai mare decât la câmpie. Căldura înmagazinată în timpul zilei este repede pierdută în timpul nopții, mai cu seamă în localitățile lipsite de păduri, localități ce nu pot fi utilizate în scop terapeutic. Pe de altă parte pădurile păstrând umiditatea constituiesc un adevărat rezervoriu de aer rece. Din această cauză locurile de cură nu trebuiesc clădite în imediata apropiere a pădurilor. Senzația de frig produsă de scăderea temperaturii aerului, este compensată de abundența razelor calorice, la altitudine. Contrastul dintre căldura înmagazinată și aerul rece inconjurător, determină din punct de vedere psihic, o stare de bine și de vivacitate, specifică curei de altitudine. Din contră, deosebirea de temperatură între iarnă și vară este mult mai mică decât la șes, existând aproape o uniformitate care indică valoarea terapeutică a curei de iarnă la altitudine. Temperatura ridicată din timpul iernei, se explică prin bogăția în raze calorice, prin reflectarea razelor de zăpadă, și prin faptul că, în acest anotimp, soarele fiind mai aproape de pământ, totalitatea iradiațiunii este cu 7% mai ridicată decât în timpul verii. Fenomenul cel mai important, care determină ca temperatura să fie mai ridicată pe vârfuri decât în văi, platouri

și la șes este următorul: în nopțile lungi de iarnă, masele de aer răcindu-se în contact cu pământul, devin mai grele și alunecă pe povârnișuri în câmpie. Spațiul lăsat liber este înlocuit cu alte mase de aer cari venind dela înălțimi foarte mari, adesea de deasupra nivelului norilor, este mult mai cald și lipsit de umiditate. Văile sunt reci pentrucă în ele cad masele de aer rece. Povârnișurile anfractuoase îngreuind căderea aerului rece, temperatura este scăzută. Din contră pe versaturile bruște, temperatura e mai ridicată, aerul rece alunecând cu ușurință.

7) *Umiditatea și precipitațiile atmosferice.* Umiditatea scade odată cu creșterea înălțimei. La înălțimea de 2000 m. cantitatea de vapori de apă este jumătate mai mică decât la șes, iar la 5000 m. scade la o optime. Această scădere datorită presiunii atmosferice diminuate și bogăției în raze calorice, cari favorizează evaporația, determină importante modificări biologice atât pe cale directă, modificând evaporarea apei din organism, cât și pe cale indirectă sporind iradiația solară. Cu cât nebulozitatea este mai scăzută cu atât valoarea curativă a unei stațiuni este mai mare, îngăduind o helioterapie mai îndelungată. În teză generală stațiunile de altitudine cu 12 până la 16 zile senine pe lună se pot considera de prim ordin, cele cu 9—12 zile de ordine secundară, iar cele sub 9 zile nu pot fi utilizate decât pentru sport. În mediu durată zilnică a anului senin nu trebuie să fie mai mică decât 5 ore. Minimum de umiditate este la prânz, iar maximum dimineața și seara. Umiditatea și precipitațiile variază de asemenea după înălțime și modul cum munții sunt adăpostiți și după apropierea mării. Vârfurile dintre 1000 și 1200 m., găsindu-se în zona de condesație sânt ploioase, pe când de deasupra domnește cer senin și vreme frumoasă. Vârfurile chiar mai înalte, dacă nu sunt proteguate, sunt expuse precipitațiilor abundente. Din contră în centrul masivilor muntoși se găsesc zone de foarte accentuată uscăciune, (*Hann, Eysern*).

Uscăciunea aerului sporește eliminarea apei din organism prin pulmon (*Guillemard, Meog și Regnier*). De asemenea, după *Oprișescu*, (Teză București 1925), aerul uscat rărește apreciabil chințele de tusă ale tuberculoși'or. Turburările ce ar putea fi provocate de această pierdere de lichid prin pulmon sunt prevenite de scăderea eliminării de apă prin piele, care intervine ca element régulator (*Loewy*).

Sensația mărită de sete ce se observă adeseori la începutul curei de altitudine se datorește întârzierii apariției fenomenului de acomodare. Facilitarea evaporării sudoarei înlesnește contracțiunile musculare, cultura fizică, făcându-se mai cu ușurință la altitudine. Organizația de igienă a Ligei Națiunilor, în studiul făcut asupra tuberculozei în Africa Ecuatorială, a constatat că uscăciunea aerului mărește rezistența organismului contra focarelor tuberculoase. Este posibil deci ca efectul antituberculos al altitudinii, să se datorească în parte uscăciunii aerului.

8) *Radioactivitatea aerului*. Aerul de altitudine posedă o radioactivitate mult mai accentuată decât cel din câmpie (*Trepage* și *Saacke*). Efectele prezenței substanțelor radioactive și în primul rând a raium și toriului au fost controlate de *Elster*, *Geite'*, *Allau* și *Bumsteadt*. După cercetările lui *Allen* zăpada din altitudine posedă de asemenea un oarecare grad de forță radioactivă. Modificările biologice produse de radium se exercită prin intermediul ionizării aerului.

9) *Ionizare*. Altitudinea este caracterizată printr'o ionizare accentuată a aerului. După *Rutheford* radioactivitatea pământului este suficientă pentru a explica această ionizare. Razele U. V. contribuiesc într'o măsură mai redusă la o acțiune ionizantă. Ionizarea în altitudine este unipolară; suprafața pământului ca și vârful munților fiind încărcată negativ atrage ionii pozitivi. Ionii negativi liberi determină deci o unipolaritate negativă a aerului de înălțime. *Caspari* a constatat o unipolaritate puternică la punctul „*Sasso del diavollo*” (4000 m. în *Monte-Rosa*). Această unipolaritate este mai accentuată în văile închise. Din contră pe vârful munților și pe văile deschise curenții de aer risipesc aerul excesiv ionizat. Aceste constatări pun într'o lumină nouă patogenia răului de munte, deoarece turburările cari se atribuiuau lipsei de oxigen se datoresc și ionizării unipolare excesive. Astfel se explică de ce unii alpiniști (obs. lui *Knoche*), cari nu au resimțit nici o turburare la înălțimi de 5000 de metri, au prezentat simptomele răului de munte la 2700 metri, în culoarele închise unde aerul stagnant, neprimit de curenți de aer excesiv de polarizat. După cum vom arăta la modificările sângelui, ionizarea aerului contribuie la regenerarea sanguină. În fine vom expune, la studiul sistemului nervos, modificările durerilor sub influența variațiilor de ionizare (*Zuebhein*).

10) *Starea electrică*. Studiul stărei electrice abia început, nu a condus încă la clasificarea acestei chestiuni importante (*Loewy*). Conductibilitatea electrică a aerului de altitudine este mărită prin sporirea mobilității ionilor. Această mobilitate crescută se datorește căderii presiunii aerului și lipsei sale de impurități. Existența unei circulațiuni între modificarea electrică a aerului și cea a organismului este foarte explicabilă. Atari modificări de comportare ale organismului din punct de vedere electric au fost constatate la Davos. Vânturile modifică cel mai mult starea electrică, care la rândul ei influențează în primul rând sistemul nervos.

Starea bacteriologică. Din punct de vedere bacteriologic aerul de altitudine conține o cantitate de bacterii mai mică decât aerul dela șes. Acest fapt se datorește cantității mai mici de pulbere, populației mai redusă, acțiunii bactericide a soarelui și poate ozonului. Din contră după *Kursteiner*, suprafața pământului în înălțime conține mai mulți microbi decât pământul la șes.

Acțiunea asupra pielii, este aproape aceiași ca cea exercitată de cura marină, acțiune ce a fost pe larg studiată la capitolul talassoterapiei. Elementele excitante sânt iradiația solară, bogate în

raze ultraviolete și curenții de aer. Helioterapia de altitudine determină o pigmentare ce este mai intensă decât cea obținută prin helio-terapia de șes și aproape egală cu cea determinată de cura marină. Deși soarele de primăvară este mai sărac în raze U. V., pigmentarea se obține mai repede și mai intens în acest anotimp, pielea nefiind încă obișnuită cu iradiațiile solare.

Curenții de aer excitând pielea determină mărirea contractibilității mușchilor netezi din piele și din mușchii vaselor, producând o gimnastică vasculară urmată de activarea circulației. Din cauza temperaturii scăzute a aerului de altitudine, pielea poate suferi modificări caracteristice, devenind uscată și aspră. Mucoasele feței și conjunctivele se usucă și mai intens, devenind friabilă și prezentând plesnituri ce sângerează cu ușurință. Expunerea progresivă poate îndepărta aceste accidente.

Acțiune asupra aparatului cardio-vascular. Altitudinea produce modificări foarte accentuate ce interesează presiunea arterială, frecvența pulsului, formula hemo-leucocitară și contractibilitatea miocardului. Studiul acestor modificări comportă o importanță deosebită prin aplicațiile clinice ce derivă din ele.

Presiunea arterială suferă modificări asemănătoare cu cele produse de cura marină. Cercetările mai vechi ale lui *Mosso* și ale lui *Dürig*, arătau că, la indivizii sănătoși, nu se observă ridicare de tensiune nici chiar la înălțimi mari. Observațiile mai noi au arătat că adeseori altitudinea determină o ridicare a presiunii arteriale, ridicare ce este mai accentuată la cei ce au trecut vârsta de 40 de ani și la hipertensivi. Maximum de ridicare se observă mai mult seara, și este mai accentuat la persoanele ce prezintă o excitabilitate a sistemului nervos, epuizare prin efortul de ascensiune și la cei cu tendință la boala de munte, (*Grober*). Ipertensiunea, traduce deci o stare de oboseală cardio-vasculară. După *Loewy*, hipertensiunea de altitudine se datorește scăderii cantității de oxigen. Prin inhalajii de oxigen el a putut obține scăderea tensiunii, scădere care uneori ajunge până la cifrele dela șes. Aerul mai sărac în oxigen, după acest autor, determină o excitare a centrilor vaso-motori, excitare ce este urmată de vaso-constricție periferică.

Ipertensiunea de altitudine nu este persistentă, ea dispărând după oarecare timp prin apariția fenomenelor de autoreglare cardio-vasculară. Băile de soare ca și la câmpie scad tensiunea cu 1—2 cm. de mercur. Pulsul suferă modificări prin accelerarea ritmului. Această accelerare se constată atât la persoanele expuse elementelor de excitare ale curei de altitudine, cât și la cele în stare de liniște complectă. Tachicardia de altitudine se datorește în primul rând aerului rarefiat, (*Paul Bert* și *Mosso*). Ca și hipertensiunea de altitudine, tachicardia dispăre după un timp de obicinuiță. Exercițiul muscular, mai mult ca la șes, determină o tachicardie accentuată.

Formula hemo-leucocitară suferă profunde modificări ce interesează totalitatea componentelor săi. Globulele roșii prezintă o

creștere caracteristică curei de altitudine. În mediu creșterea apare a 8-a zi dela începutul curei și își atinge maximum după 3 săptămâni. Hemoglobina crește deasemenea putând ajunge uneori până la 100% peste cifra normală. Această sporire este destul de persistentă durând câțva timp după coborîrea la șes. Globulele roșii revin cel mai repede la normal, hemoglobina scăzând mai târziu. Acțiunea hemopoetică a altitudinii a fost învederată de *Laqueur* care, producând la animale anemie prin flebotomie, a constatat că, pe când la șes procesul de regenerare sanguină durează 27 de zile, în altitudine el se îndeplinește numai în 16 zile. De asemenea serul animalelor cari trăesc la altitudine grăbește regenerarea sângelui; dacă este injectat animalelor cărora li s'a provocat o anemie experimentală. Creșterea globulelor roșii a fost considerată de unii observatori ca aparentă. Astfel *Bunge* a atribuit-o contracției arterelor periferice cu îndepărtarea lichidelor din vase în țesuturi, determinând prin aceasta îngroșarea sângelui. De asemenea *Zuntz* a considerat poliglobulia de altitudine ca fiind datorită îngrămădirii hematiilor la periferie. Această poliglobulie este reală și se datorește aerului rarefiat. Animalele închise în camere cu aer rarefiat prezintă o dedublare a numărului hematiilor și modificări ale măduvei osoase, modificări ce constau în înmulțirea și mărirea câmpurilor de eritropoieză. Modul cum lucrează scăderea oxigenului nu este încă bine elucidat. După *Gigon* și *Fritz* aerul rarefiat determină o mărire compensatoare a globulelor roșii, pentru a se spori suprafața de fixare a oxigenului.

Cercetările lui *Detre* și *Mirgay* arată că insuficiența de oxigen prin scăderea activității oxidante, determină o stare de acidoză care irită organele hematopoitice. Administrându-se bicarbonat de sodiu animalelor expuse aerului rarefiat, pentru a combate acidoză, poliglobulia nu mai apare. Cu toate acestea *Daviss*, *Haldane* și *Kennawoy*, au găsit alcaloză la animalele închise în camere cu aer rarefiat. În fine ionizarea aerului de altitudine a fost pusă la contribuție pentru a explica poliglobulia. *Picard* prin inhalării de aer puternic ionizat prin raze ultraviolete, a produs o creștere a hemoglobinei de 15% nu numai la bolnavi dar și la oameni sănătoși. Viteza de sedimentare a sângelui scade în altitudine, pe când vascesitatea lui crește (*Abderhalden* și *Lewy*).

Inima suferă prin insuficiența de oxigen, suferință ce se traduce uneori prin o diminuare a volumului său, cum a observat pe cale radioscopică *Bancroft*. Cel mai adeseori, după cum au arătat cercetările radioscopice făcute pe animale, insuficiența de oxigen determină o dilatație considerabilă a inimii ce explică moartea subită în cazurile de surmenaj fizic intens în timpul ascensiunilor fără antrenament prealabil.

Acțiunea asupra aparatului respirator. Altitudinea determină o creștere a numărului respirațiilor, în mediu cu 3 peste normal. Această creștere apare chiar și la altitudinile moderate și se datorește scăderii cantității de oxigen, scădere care lucrează atât

prin hipooxiemie cât și prin modificarea rezervei alcaline. Măsurătorile comparative ale rezervei alcaline în sângele arterial și venos care deservește creierul, arată că aerul rarefiat determină o acidoză a centrilor nervoși (*Winterstein*). Prin aceasta se determină o mărire a ionilor H, cari excită centrul respirator. Prin obicinuiță respirația revine la ritmul normal, iar amplitudinea respiratorie sporește. În chipul acesta cura de altitudine determină o adevărată gimnastică respiratorie sporind activitatea musculară. Sporirea activității musculare este mai pronunțată la cei cari lucrează continuu la înălțimi mari. Astfel *Izquierdo*, a constatat, la locuitorii din altitudine din Mexic (2240 m.), o capacitate respiratorie mult mai mare decât la locuitorii dela șes.

Nutrițiunea. Altitudinea modifică nutrițiunea într'un chip asemănător curei marine. În afară de elementul excitant al helioterapiei și al vânturilor în altitudine se mai adaogă și rarefierea oxigenului. Din punctul de vedere al nutriției, după *Kersner*, altitudinea este inferioară mării, fiindcă modificările pe cari le produce sunt mai persistente.

Metabolismul bazal poate crește cu 50—100% (*Hill*), fixarea azotului fiind sporită. Uneori sporirea fixării azotului este precedată de o scădere trecătoare. Mișcarea, sportul, ascensiunile favorizează fixarea, iar odihna o împiedică. În altitudinile mai mari din cauza insuficienței oxigenului, rezerva alcalină scade cu 40% (*Galeotti*), și este însoțită de aminoacidurie. Eliminarea acidului uric este sporită (*Piukusson*), fapt ce explică rărirea acceselor de gută prin cura de altitudine. Din punctul de vedere al metabolismului hidro-carbonatelor șederea mai îndelungată în altitudine produce o ușoară hiperglicemie (*Messerle*). Dintre substanțele minerale nu s'a constatat o fixare decât pentru sulf; bilanțul calciului e negativ. Activarea nutriției mai este învederată de faptul că tuberculoși prin supra-alimentare, se îngrașe mai puțin în altitudine decât în câmpie (*Oprișescu*).

Acțiunea asupra sistemului nervos. Altitudinea modifică psihicul prin componenții săi estetici lucrând asupra sistemului vegetativ ca și asupra celui nervos. Elementele modificatoare ale psihicului sunt culorile, liniile și zăpada. Culorile sunt mai vii din cauza purității aerului. Pe de altă parte plantele și florile se prezintă cu un aspect mai nuanțat și mai bogat decât la șes. Aceasta se datorește faptului că plantele în altitudine fixând mai mult bixoid de carbon, conținea mai mulți glucosizi, cari au însușirea de a fixa substanțele colorante caracteristice muntelui, începând dela verde până la roșu galben. Colorația ușor trandafirie ce o ia zăpada, exercită o acțiune excitantă asupra deprimațiilor (*Kollaratis*). Spre deosebire de mare unde uniformitatea albastrului cerului și al mării devine obositoare, varietatea de culori a muntelui care este înviorătoare, constituie un element de superioritate al altitudinii. De asemenea răsăritul și apusul soarelui în munți este mai impunător. După *Costruccio* ar exista o strânsă relație între contururile

mediului înconjurător și starea psihică. Liniile orizontale ale mării determină un efect liniștitor de repaus, pe când liniile verticale ale munților reprezintă un simbol de forță și de inițiativă ce exercită o acțiune tonică asupra deprimațiilor. Zăpada îndulcește asprimea liniilor dând iarna un aspect mai blând munților, iar prin atenuarea sgomotelor produce o acțiune de calmare. După observațiile lui *Hellpach*, când zăpada cade liniștit, copii cari fac cura în sanatorii sunt liniștiți. Din contră, când vântul agită fulgii de zăpadă, copii prezintă o tendință nestăpănită de a alerga. Totalitatea acestor elemente determină o extraordinară senzație de înviorare a psihicului.

Helioterapia exercită o acțiune excitatorie asupra parasimpaticului. Pe de altă parte insuficiența oxigenului și temperatura scăzută mărește excitabilitatea simpaticului. Acțiunea asupra sistemului nervos, variază după gradul de altitudine. Altitudinile moderate, între 600 și 800, determină o acțiune de cruțare; (*Wollenberg*) altitudinile mai mari între 2000 și 4000 de metri, sunt excitante prin modificările echilibrului acid-bază. Acidoza modifică nu numai centrul vaso-motor și cel respirator, dar și totalitatea sistemului central. Dela 4000 de metri se constată o acțiune deprimantă și chiar paralizantă. Astfel *Saleotti* a putut observa la această înălțime puțința opririi voluntare prelungită a respirației (auto-observație).

Senzațiile dureroase sunt influențate de variațiile componentelor climatei de altitudine. Mărirea gradului de ionizare a aerului, mărește durerea, pe când umiditatea, contrar opiniunii curente, nu o accentuează (*Zueblin*).

Intrebuințări în bolile sângelui. Anemiile constituesc o indicație de căpetenie, rezultatele fiind foarte mulțumitoare. Anemiile copiilor sunt mai favorabil influențate prin altitudine decât prin cura marină. Bolnavii cu anemii intense nu suportă totdeauna bine altitudinea, din cauza acțiunii exercitante asupra vasomotorilor. Din această cauză acești bolnavi trebuiesc trimiși să-și facă cura în altitudinile moderate sau în câmpie. Cura anemiilor în altitudine trebuie făcută de preferință în sezonul de vară (*Van Oordt*). Rezultatele în anemiile de dată îndelungată, așa numitele anemii constituționale, se datoresc modificării terenului tuberculos, ce se găsește la baza lor. Anemiile paludeene sunt de asemenea favorabil influențate.

Chloroza care rezistă tratamentului cu fier, se modifică adevărat prin cura de altitudine, care poate fi în același timp cu folos ajutată de cura cu ape feruginoase. Majoritatea cazurilor se modifică în 6—8 săptămâni; în cazurile mai rebele cura trebuie prelungită până la 6 luni (*Stahelin*). Modificările obținute se datoresc nu numai aerului rarefiat ci și celorlalți factori adjuvanți; helioterapia, alimentarea și repausul. Acest fapt este învederat de observațiile comparative ale lui *Widmer* asupra evoluției anemiei la pacienți și la personalul de serviciu. Aceștia din urmă cari beneficiază numai

de altitudine prezintă complicații neînsemnate. Celelalte boli de sânge se modifică excepțional prin cura de altitudine. În icterul hemolitic s'au notat oarecari ameliorări (*Tissot*). Același lucru s'a observat în hemofilie. Un efect submediocru s'a notat în anemia pernicioasă și în leucemie (*Veraguth*).

Intrebuințări în boalele cardio-vasculare. Leziunile valvulare compensate precum și insuficiențele ușoare cardiace, beneficiază de acțiunea altitudinii aplicată cu oarecare precauțiune. Aceste modificări se datoresc factorilor excitanți ai climei, cari desfășură o acțiune tonifiantă, întrucâtva apropiată de aceea a apelor carbogazoase. La acești factori se mai adaugă posibilitatea curei de teren în stațiunile apropiate, precum și mișcările musculare ce se fac mai cu ușurință în aerul uscat și rece. Observațiile comparative asupra evoluției cardiopatiilor la locuitorii din altitudine și la cei din câmpie evidențiază acțiunea favorabilă a muntelui. Muntenii cardiaci ajung mai greu la insuficiență cardiacă decât cei din câmpie, iar asistolile lor evoluiază mai satisfăcător. De asemenea la munteni nu se observă slăbiri constituționale ale inimii (*Rocco*).

Precauțiunile ce trebuiesc luate în alegerea stațiunilor de munte constau în evitarea excitanților climatici prea intensi, cari sunt vătămători prin surmenarea vaselor periferice. Acești excitanți sunt vânturile prea puternice ce bat în stațiunile expuse pe vârfuri ce trebuiesc evitate (*Galli*), precum și diferențele prea mari între temperatura de zi și de noapte. Insomnia reprezintă uneori primul simptom care arată că un cardiopat nu suportă altitudinea (*Löffler*).

Cura trebuie începută cu un repaus complet inițial și urmată cu mișcarea progresivă foarte precaută condusă. Sezonul de iarnă prezintă avantajul întrebuințării curei de teren. Cura de altitudine este contra-indicată complet în leziunile valvulare cu tendința la decompensare, miocardite și angina de piept care totuși după observațiile lui *van Oordt* ar putea beneficia de cura de altitudine mijlocie. Aritmiile sunt deasemenea rău influențate de cura de altitudine (*Löffler*). În fine cardiicii compensați cari prezintă mărirea vâscozității sângelui și poliglobulie, nu sunt indicați pentru cura de altitudine, acomodarea cu insuficiența de oxigen, făcându-se cu dificultate (*van Oordt*). Nevrozele cardiace sunt favorabil influențate. Rezultatele sânt mai bune când cura de altitudine este asociată cu sportul de iarnă care pe de o parte readuce încrederea bolnavului în organismul său, iar pe de altă parte liniștește și întărește psihicul prin aspectul albului nemărginit al zăpezii.

Cu toată acțiunea hipertensivă, descrisă mai sus, valabilitatea dogmei îndepărtării hipertensivilor dela cura de altitudine, a scăzut. Hipertensivii moderați, bolnavii prescleroși, precum și hipertensiunile de menopauză, (*van Oordt*), nu numai că nu prezintă urcări de tensiune, dar uneori prezintă chiar oarecari scăderi datorite odihnei psihice și mișcărilor ușoare făcute. Bolnavii cari prezintă tensiuni chiar mai mari de 18 cm. (*Eysen Davos*), sunt susceptibili de cura de altitudine cu oarecari rezerve. Hipertensiunea cu scleroză renală

și bolnavii cu arterio-scleroză pronunțată, nu sunt indicați pentru cura de altitudine. Contra-indicația pentru scleroși nu este absolută. După observațiile lui *Löffler* posibilitățile de hemoragie cerebrală nu sunt mai mari în altitudine decât în câmpie.

Intrebunțări în tuberculoza pulmonară și chirurgicală. Altitudinea ca și marea, exercită o puternică acțiune vindecătoare în diferitele forme de tuberculoză. Deși unii autori (*Loewy, Staehelin*), cred că mecanismul intim al acestei acțiuni vindecătoare nu este deloc clarificat și că o analiză concludentă rămâne rezervată viitorului, vom expune totuși cercetările noi ce încep să elucideze problema pe cale experimentală.

Lowenstedt expunând animale infectate cu bacii tuberculoși de speță umană, diferitelor iradiațiuni (raze ultra-violete, soare artificial, lampa cu arc), nu a obținut nici o modificare de evoluție, în comparație cu animalele martore. De asemenea *Rio Sertero* închizând cobai infectați în aerul rarefiat, ce echivalează cu o altitudine de 4800 m. a constatat aceiaș lipsă de acțiune. Ambii autori cred prin exclusiune, că uscăciunea aerului constituie elementul curativ primordial. Am citat la studiul umidității aerului de altitudine, constatările organizației de igienă a Ligei Națiunilor în Africa ecuatorială, cari au arătat că uscăciunea mărește rezistența organismului contra infecțiunii tuberculoase.

Turbrările de echilibru acid bază, constatate de *Loewy*, sporind remineralizarea, joacă după *Rollier* (Congresul de Actinoterapie, Hamburg, 1927), un rol izbitor în procesul de vindecare. *Stepp*, în fine, crede că procesul de vindecare se datorește într-o oarecare măsură faptului că alimentele, atât ale animalelor cât și vegetale, consumate de bolnavi în altitudine, sunt mai bogate în vitamine, decât cele consumate la șes.

Cercetările comparative pe aceiași bolnavi cu diferite forme de tuberculoză pulmonară, făcute la început la șes și apoi la altitudine (*Basel* și *Davos*), au arătat importante modificări determinate de munți (*Kapp*). Cea mai importantă dintre aceste modificări este scăderea metabolismului basal cu 18%, în cazuri mai ușoare. Vom arăta mai jos că scăderi identice s'au observat prin cura de altitudine, și în boala lui *Basedow*. Paralel cu scăderea metabolismului basal se constată o scădere a vitezei de sedimentare a sângelui. S'au mai notat în fine, scăderile volumului de aer respirat și a duratei apneei voluntare precum și răriră respirațiilor. În cazurile mai grave nu s'a găsit nici o modificare. Toate aceste constatări arată că altitudinea pe de o parte exercită, în tuberculoza pulmonară, o pronunțată acțiune sedativă asupra nutriției, pe de altă parte determină o stare de repaus a respirațiunii.

În afară de aceste modificări, se mai notează următoarele transformări favorabile: tensiunea arterială care este scăzută în tuberculoză, are tendință la creștere (*Burckhardt*), creștere ce indică un bun pronostic (*Peters*). Acidul uric care este scăzut, crește de asemenea (*Borchardt*), iar fixarea azotului este sporită. Fibrele

elastice dispar din spută, în 50% din cazuri, dispariție ce arată oprirea proceselor destructive. În fine din punctul de vedere al formulei hemoleucocitare se constată o creștere a eosinofilelor și a formelor de tranziție.

Indicațiile primordiale sunt formele de tuberculoză cari nu au un mers prea rapid, al căror puls nu trece de 100—120, iar temperatura nu este mai mare de 38⁵. În comparație cu acțiunea curativă a mării, unele statistici (*Williams*), arată că virtutea curativă a mării este mai accentuată. Cazurile de tuberculoză incipientă sunt mai potrivite curei de altitudine mijlocie, de iarnă (*van Oordt*), care este mai puțin excitantă. Hemoptiziile nu sunt mai frecvente în altitudine decât la șes, (*Anrein, Gullatoire*). Formele bronchopneumonice sunt socotite ca nepotrivite curei de altitudine; cu toate acestea *Eysern* (Davos) afirmă că în altitudine ar exista o tendință la fibrozare a acestor forme ce afirmă un pronostic atât de grav. Sunt contraindicate tuberculozele grave ulceroase, cu tabicardie în stare de repaus, cele complicate cu miocardită și enterită tuberculoasă. Laringitele tuberculoase, atât formele infiltrative cât și cele ulceroase, când nu prezintă ulcerații profunde, cari să ajungă până la cartilagiul (*Eysern*), sunt vindecate în proporții ce pot ajunge în cazurile mai favorabile, până la 58%. Pleureziile uscate, cortico-pleuritele, precum și pleuro-peritonitele cari nu sunt prea grave, sunt bine influențate. În teză generală, în alegerea unei stațiuni de cură trebuie ținut seamă de condițiile climatice locale. Bolnavii mai tineri, capabili de rezistență, trebuiesc trimiși în stațiunile cu iradiere solară abundentă și variații de climă; iar cei cu laringite tuberculoase și afecțiuni pulmonare cu secreție abundentă în stațiunile uscate, lipsite de nebulosități. Bolnavii nervoși, scleroși și deci cu tendință la dispnee, sunt de domeniul altitudinii mijlocii (*James Miller*).

Ganglionii tuberculoși ai copiilor, se topesc în altitudine, aproape tot așa de bine ca la mare. La copii excitabili, acești ganglioni sunt mai prielnic modificați prin cura marină. Am arătat la capitolul curei marine, avantajile alternării talassoterpiei cu al altitudinii. După *Devoto*, copii cari își pierd apetitul la mare, trebuiesc trimiși la munte. Ganglionii tracheo-bronchici sunt deasemeni bine modificați prin cura de altitudine. Rezultate bune se obțin prin cura de altitudine în formele grave de tuberculoză osoasă, cum sunt Morbul lui Pott și coxo-tuberculoza. Helioterapia nu constituie singurul factor curativ. Chiar fără expunere la soare, prin simpla excitație a climei, fistulele încep să secreteze mai mult (*Fichy*). În tuberculoza ileocecală (*Beruhard*), și în tuberculoza genitală la femeie se obțin modificări favorabile, pe când în tuberculoza urinară, deși se obține o evoluțiune ceva mai favorabilă decât în câmpie, tratamentul chirurgical rămâne suveran.

Indicațiunile altitudinii în boalele pulmonului. În afară de tuberculoza pulmonară, astmul intră în domeniul indicațiilor cele mai de seamă ale altitudinii. La 80% din bolnavi se observă dispa-

riția acceselor de astm chiar după întoarcerea în câmpie. Cele mai bune rezultate se observă în astmul infantil; îmbunătățirile începând să se observe între 500—1000 metri. Acțiunea cea mai intensă se obține între 1500—1800 metri. Importanța gradului de altitudine, reiese din constatările lui *Stäubli* care a observat la astmatice ce nu au fost modificate în Engandina de jos, dispariția acceselor în Engandina de sus.

Acțiunea în astm a altitudinii, se datorește următoarelor elemente: sporirea mișcărilor respiratorii, sporire ce constituie o gimnastică folositoare; puritatea aerului lipsit de pulbere, care nemai iritând mucoasa bronhică, îndepărtează spasmul bronhic; bogăția soarelui în raze ultraviolete cari, după cum se știe, chiar ele singure pot desfășura o acțiune favorabilă în astm. În fine puritatea aerului lucrează și în alt mod; *van Liewen* atribue accesele de astm inhalăției substanțelor colloidale astmogene din atmosferă, substanțe ce lipsesc în altitudine.

Ameliorarea clinică se însoțește de dispariția eosinofiliei. La unii copii astmatici se observă la început o accentuare fenomenelor bronchice cu mărirea expectorației, accentuare ce dispăre complet după 2 săptămâni (v. *Planta—St. Moritz*). Infecțiunile catarale ale căilor respiratorii dispar.

Storm observând uneori turburări de aclimatizare, mai cu seamă la bolnavii tineri, se recomandă urcarea progresivă a bolnavilor în altitudine. Cultura fizică făcută cu măsură și progresiv, constituie un bun adjuvant. De aceea *Stachechie* consideră că marea este uneori superioară pentru bolnavii mai impresionabili, cari sunt tentați să facă mișcări și ascensiuni în munți. Vindecările în cazurile favorabile sunt uneori așa de persistente încât *Eysern* (Davos) citează foști astmatici cari au devenit profesioniști ai sportului sau ascensionisti ai munților. Astmaticul trebuie să ducă o viață liniștită în timpul curei. Un succes deplin nu se poate obține decât printr'o cură de durată lungă, de luni și chiar de ani, bolnavul urmând cura până ce, în timp de câteva luni, nu mai apare nici un acces. Coborîrea la șes provoacă uneori revenirea bruscă a acceselor, revenire ce face necesară reîntoarcerea la altitudine.

Acțiunea în ephisemul pulmonar este variabil apreciată; predomină impresia unei acțiuni favorabile. Bronșitele subacute sau cronice, bronhectasiile și congestiile cronice pulmonare, constituiesc o indicație discutabilă a altitudinii. Efectul binefăcător al aerului, cu desăvârșire curat și al însușirii tonice a altitudinii este contrabalansat, uneori cu prisosință, de acțiunea iritantă, exercitată de aerul rece și uscat asupra mucoasei bronchice. Efectul iritativ este și mai pronunțat în stațiunile cu curenții de aer mai puternici, stațiuni ce sunt contra-indicate în aceste afecțiuni. Cu toate desavantajele expuse, *Lichhorst*, a observat totuși ameliorări în altitudinea propriu zisă. Prin întrebuițarea altitudinea medie unde lipsește acțiunea nocivă a aerului prea rece și uscat, *von Oordt* a obținut rezultate foarte mulțumitoare. În teză generală afecțiunile bronchice

sunt mai mult de domeniul stațiunilor marine calde, decât de domeniul altitudinii.

Intrebuintări în bolile sistemului nervos. Acțiunea altitudinii unită uneori cu aceea a sporturilor de iarnă modifică extrem de favorabil afecțiunile funcționale nervoase, desfășurând în același timp, o binefăcătoare acțiune din punct de vedere igienic și educativ. Sporturile de iarnă, după expresia fericită a lui *Devoto* (Congresele din Perugia și Roevreto), prin fascinarea ineputabilă în fața imensității zăpezii și a seninătății superbe a cerului, fac să dispară convenționalismul. Omul devine mai senin, mai generos, revenind la simplitatea primei copilării. Bolnavii cu epuizări nervoase, sunt transformați prin sporturile de iarnă, din pasivi în activi. Excitarea climatei mărește încrederea în propria valoare conferind o senzație de siguranță și de forță. Mișcările în grup exercită o acțiune reconfortantă asupra deprimațiilor (*Eysern*). În chipul acesta se explică de ce cura neurasteniei și stărilor de epuizare, prin altitudinea propriu zisă, constituie un tratament de elecție care dă mai puține eșecuri decât altitudinea mijlocie sau cura marină (*Staheliu-Basel*). Modul de așezare al stațiunilor de altitudine prezintă o deosebită importanță din punct de vedere al formelor clinice. Văile strâmte și stâncoase, nu sunt potrivite pentru neurastenicii anxioși (*Kollarits*). În histerie tratamentul trebuie încercat cu oarecare precauțiune. Insomniile dispar în 90% (*Nolda*), dispariție ce se datorește atât schimbării de mediu, cât și impresiilor estetice înconjurătoare. Migrena propriu zisă, dimpreună cu cefalagiile sunt extrem de favorabil influențate (*Erb.*).

Dintre psihoze, se obțin, câteodată, ameliorări în ciclotimii și în schizofreniile mai ușoare. Această indicație comportă oarecare rezervă, deoarece se observă câteodată izbucnirea stărilor maniacale (*Staübli*).

Intrebuintările în afecțiunile organice sunt reduse. Se obțin însă oarecari modificări favorabile în tabes și scleroza în plăci, cu precauțiunea evitării oboselei. Pentru tratamentul afecțiunilor dure-roase, trebuesc preferate stațiunile mai calde expuse la sud.

Intrebuintări în afecțiunile g'andelor cu secreție internă. Cura de altitudine constituie tratamentul climateric de elecție al boalei lui Basedov. Modificările de echilibru acid-bază influențează tonusul vegetativ. Metabolismul bazal scade (*G. Michel*), scădere ce denotă o acțiune sedativă a altitudinii acțiunii, analoagă cu aceea exercitată în tuberculoză. Din punct de vedere clinic formele nu prea grave, și cari nu durează prea mult, sunt cel mai fericit modificate. Modificările constau în sedațiunea psihică și scăderea tremurăturilor, exoftalmia fiind mai puțin influențată. Creșterea progresivă a altitudinii este recomandabilă. Cura de altitudine reprezintă un bun adjuvant al intervenției chirurgicale.

Friedman recomandă să nu se întrecă altitudinea de 1000 metri, acidoza ce apare la înălțimile mai mari, putând produce polipnee. Contraindicația pentru cazurile grave însoțite de dilatația

cordului, nu este totdeauna absolută, putându-se uneori observa ameliorări și în aceste cazuri.

Modificările favorabile ale turburărilor de menopauză, arată că o acțiune excitantă asupra vaselor, analoagă cu aceea provocată de cura marină, este posibilă. Modificările constau uneori în reapariția fluxului menstrual și în ameliorarea fenomenelor nervoase. Turburările vasculare sunt în schimb mai puțin frecvent influențate (*Eysern*). Intr'o formă clinică mai ușoară de boala lui Addison, *Staehelein* a observat o notabilă ameliorare prin cura de altitudine.

Intrebuințări în pediatrie. Factorii climatici excitanți și sedativi ai climei de altitudine, constituiesc un mediu foarte prielnic dezvoltării copiilor. Acest fapt explică scăderea mortalității la copii ce trăesc în munți, scădere ce se traduce prin raritatea afecțiunilor gastro-intestinale și prin lipsa aproape completă de rachitism. Trimererea copiilor bolnavi în munți este în special avantajoasă pentru că ei posedă forțe de rezervă și posibilități de adaptare mai mari decât adulții. Din această cauză, copiii, chiar cei extrem de slăbiți, utilizează dela început avantajile schimbării de climă, fără să prezinte turburări de aclimatizare. În afară de indicația, descrisă în tuberculoza chirurgicală, întrebuințarea de căpetenie este constituită de stările pretuberculoase și de cele de debilitate. Rachitismul este bine influențat de heno-terapia de altitudine. Totuși obișnuința a consacrat întrebuințarea curei marine. Osteomielite cronică, atât a copiilor cât și a adulților, este favorabil influențată. După *Bernhard* excitarea funcțiunei măduvei osoase prin aerul rarefiat, excitatic care după cum am arătat mai sus, se traduce prin înmulțirea și mărirea câmpurilor de erythropoieză, intensifică puterea de apărare față de infecțiuni a măduvei osoase. *Marfan* a obținut modificări favorabile, în cazurile învechite de eczema copiilor.

Intrebuințări în bolile de nutriție. Helioterapia de altitudine scăzând atât cantitatea de zahăr cât și acetona (*Incussen*), întrebuințarea curei de altitudine în diabet, este legitimată. Cu toată afirmația lui *Frenkel-Tissot* că acțiunea curativă se datorește exclusiv iradiației solare, nu se poate trece cu vederea acțiunea salutară a celorlalți factori excitanți ai climei. În tratamentul obesității avantajile posibilității curei de teren și a culturii fizice, sunt apreciabile contra-alansate de mărirea poftei de mâncare, provocate de altitudine. Rezultatele bune obținute în cazuri de gută, (*Nolda*) nu sunt prea convingătoare. În cazurile de reumatism cronic, altitudinea medie, după *von Oordt*, întrebuințată chiar în sezonul de iarnă, ar da rezultate mulțumitoare.

Contraindicațiuni. În afară de contraindicațiile absolute citate mai sus, miocarditele grave, hipertensiunile foarte accentuate și tuberculoza în stadiul cachectic, întrebuințarea altitudinii în bolile de rinichi, este mai mult decât discutabilă. Cu toată acțiunea diuretică a altitudinii, admisă de *Staübli*, și rezultatele bune ce le-ar

fi obținut în albuminuriile juvenile, este neîndoios că frigul desfășoară o acțiune mai mult decât primejdioasă. Astfel *Devoto* citează un caz de uremie mortală, provocată de o ascensiune, într'un caz de nefrită.

Accidente. Turburările cele mai obicinuite sunt insomnia, tachicardia, scăderea poftei de mâncare, tremurături ale degetelor și creșterea transitorie a temperaturii. Insomnia ce se observă la unele persoane impresionabile, se datorește excitării cerebrale prin insuficiența de oxigen; de obicei aceste fenomene încetează după câteva zile. Dacă până în două săptămâni dela începerea curei insomnia și tachicardia nu dispar, tratamentul trebuie întrerupt. Tremurăturile de degete observate de *Stern* la Davos, sunt mai puțin frecvente la tineri și la sănătoși, observându-se de preferință la cei cu turburări cardiace și pulmonare; Totuși aceste accidente nu prezintă importanță deosebită. Ușoara creștere de temperatură, asupra căreia a atras atenția *Pinoli*, dispare după câteva zile; persistența ei impune întreruperea tratamentului.

Răul de munte nu prezintă un deosebit interes din punctul de vedere therapeutic, de oarece simptomele acestei boli apar dela o înălțime de 2500—3000 metri, adică la înălțimi ce nu se utilizează din punct de vedere curativ. Studiul rapid al simptomelor și al patogeniei răului de munte nu trebuie făcut decât că pentru că reprezintă totalitatea turburărilor provocate de altitudine. Aceste turburări ce sub o formă atenuată, pot apărea și în altitudinile medii utilizate, în scop curativ. Simptomele răului de munte constau în senzație bruscă de oboseală, amețală, cefalee, greață urmată de vărsături, dispnee și tachicardie; se notează de asemenea nesiguranță în mers, oarecari hemoragii cutanate și renale. Slăbiciunea și apatia sunt mascate de o paradoxală stare de „bien-être”. aparent. În cazurile grave apar fenomene de coma urmate de moarte. Toate aceste fenomene se datoresc, după *Paul Bert*, insuficienței de oxigen. Lipsa de oxigen determină suferința tuturor țesuturilor din organism, în primul rând a sistemului nervos și miocardului; slăbiciunea miocardului determină o accentuată hiperemie a pulmonilor și agravează prin aceasta lipsa de oxigen. După *Bayeux*, aerul rarefiat produce o diminuare a alveolelor pulmonului și o turburare a circulației pulmonare prin creșterea septurilor interalveolare, modificări cari de asemeni îngreuiază introducerea oxigenului.

În afară de insuficiența de oxigen, am arătat la capitolul ionizațiunii, cum ionizarea prea accentuată contribuie la determinarea răului de munte, în culoarele închise unde aerul neionizat intră cu greutate. În fine *Augel* găsiind în aerul dela înălțimi de peste 4000 de metri diferite gaze între cari azon și nitrit de amoniac, atribuie acestor gaze un rol în patogenia răului de munte.

Apariția răului de munte este favorizată de lipsa de antrena-

ment și de respirațiile insuficiente de profunde. Răul de munte apare chiar la altitudini mai mici, la persoanele suferinde de diverse afecțiuni. Leziunile cardiorenale latente, aderențele pleurale și tendința la obesitate, ușurează apariția simptomelor. De asemenea, după observațiile lui *Graber*, mesele în abundență și nicotina, contribuiesc la izbucnirea răului de munte.

○ EPIDEMIE DE ICTER INFECTIOS PRIMITIV

de

Dr. I. ZWILLINGER

Fiind isbit de numărul mare de cazuri de icter ce am avut de consultat în lunile Oct., Noem., Dec., 1929, la Craiova, la copii și adulți, și mai ales în fața caracterelor constante ale simptomelor în mai toate cazurile ce am tratat, mă face să cred că am avut în aceste luni o mică epidemie de icter infectos primitiv cu predominență la copii. În afară de cazuri căutate de mine, mi s'au relatat și alte cazuri de la țară, așa un caz în com. Popoveni și un caz la Bârca (Dolj).

Eu am văzut în total 10 copii și 2 adulți bolnavi de icter, adulții erau doi tineri, care nu au depășit vârsta de 21 ani, deci încă tineri. Între alte cazuri am avut 2 copii gemeni cari s'au îmbolnăvit numai la un interval de 8 zile unul de altul, iar alte 2 cazuri în aceeași familie, deși copii nu veneau în contact, însă părinții erau în același birou. Voi descrie pe scurt cazurile observate de mine, oprindu-mă asupra celor mai interesante. Cortegiul simptomatic era aproape identic la toate cazurile.

1 caz. K. soldat cu termen redus, în vârstă de 20 ani, domiciliat Str. Părului, se îmbolnăvește în ziua de 17 Noembrie cu frisoane, dureri de cap, temperatură variind între 38 și 39°, inapetență, vărsături încoercibile. Sunt chemat în ziua de 19 Noembrie spre seară, să-l văd. Bolnavul se plânge de dureri insuportabile de cap și amețeli, ori-ce mișcare îi este imposibilă, lumina îl supără, stă încontinuu culcat cu ochii închiși, constipație, lipotimii, căutând să-l ridice pentru a-l examina are un acces de slăbiciune, care ține aproape 15 minute. Bătăile cordului foarte rari, pulsul 48—52 pe minut.

Această bradicardie este un simptom inițial și constant, ce l'am observat în mai toate cazurile. Regiunea ficatului este puțin dureroasă. Nimic din partea intestinului. Splina normală. Urina foarte diminuată ca cantitate, nu conține albumină. Reflexele tendinoase normale, nu are Kernig, nici redoarea cefei. Fundul gâtului și amigdalele roșii și dureroase. Diagnosticul meu varia într-o gripă forma nervoasă, mai ales că în aceeași casă și în aceeași cameră se mai aflau încă 2 colegi de ai lui bolnavi de gripă francă, o meningită incipientă sau o febră paratifică. Făcând serodiagnosticul pentru Ebert și paratific este negativ. Tratamentul este simptomatic, injecții cu oleu camforat și omnadin. La interior Arcanol, Urotropină, Poț. Rivieri și clisme cu sulfat de sodiu. Starea aceasta gravă durează a 2-a, 3-a, și a 4-a zi, apoi temperatura scade încet, astfel că la a 6-a zi ea este normală; deasemenea cefalgia și vărsăturile încetează complet. În a 6-a zi spre seară, mi se atrage atențiunea că urina care până aci era galbenă portocalie a devenit închisă, aproape neagră. Bradicardia și mai accentuată ca la început, se menține la 48 pulsațiuni și sub acest număr pe minut. A 7-a zi apare un icter intens al pielii și al conjunctivelor. Prurit intens, materiile fecale deschise, însă nu decolorate complet.

Analiza urinei decelează urobilina în cantitate mare, n'are albumină, nici zahăr. Tratament urotropina, Felamine, Sandoz injecțiuni cu Decholine. După 14 zile bolnavul este complet restabilit. La școala de tineri cu termen redus mai erau în același timp 2 cazuri de icter.

Cazul 2 și 3. E. Fl., copil în vârstă de 5 ani, domiciliat str. Unirei, se îmbolnăvește la 28 Septembrie cu o stare febrilă, inapetență, dureri de cap, diaree și vomismente biliouse, bradicardie, epistaxis. Temperatura variază între 38 și 38⁵. Nimic din partea plămânului sau cordului. Intestinele puțin dureroase, n'are garguimente, splina ușor perentabilă. Reflexele normale, n'are redoarea cefei. Mă gândesc la un paratifus B, seroreacția a 7-a zi negativă. Această stare durează 7 zile, când urina devine foarte închisă, materiile fecale decolorate incomplet. A 8-a zi icter cataral intens care durează 8—10 zile, și cu urotropina, dietă și clisme reci, copilul se însănătoșește. După 8 zile dela vindecarea fratelui său gemen, se îmbolnăvește celălalt copil cu absolut aceleași fenomene, în plus o bronșită intensă, febră bradicardie, etc. A seșea zi și după scăderea completă a temperaturii, apare icterul. Copilul cu același tratament este restabilit după 10 zile. Bronșita dela început persistă încă câteva zile și se vindecă și ea.

Cazul IV. Eleva Z., în vârstă de 14 ani, internă în institutul de fete Sf-ta Maria, se îmbolnăvește în Octombrie de scarlatină, este internată în spitalul de izolare și iasă vindecată la 15 Decembrie. După 48 ore dela întoarcerea ei la pension din nou temperatură, dureri de cap, vărsături, dureri mari în hipocondrul drept. Temperatura ține 3 zile, scade la normal și apare un icter cataral tipic cu decolorarea materiilor fecale care ține 8 zile pentru a se vindeca apoi incomplet.

Cazul V. I. Esch., 4 ani, str. Cuza-Vodă, se îmbolnăvește cu febră, vărsături, constipație la 10 Octombrie, icterul apare la 15 Octombrie, este vindecată la 24 Octombrie.

Cazul VI. Ionel E., str. Craioviței, în vârstă de 5 ani, vărul copilului de mai sus, este văzut de mine cu icter la 30 Noembrie, icter ce a apărut după 4 zile de stare febrilă, se vindecă la 8 Decembrie.

Cazul VII. Lia Z., 9 ani, elevă la institutul de fete Sf-ta Maria, se îmbolnăvește cu febră și vărsături incoercibile, amețeli, durere de cap, la 6 Noembrie, la 12 Noembrie după scăderea febrei apare icterul cataral, care ține până la 23 Noembrie.

Cazul VIII. Iosif M., 3 ani, strada Elca, este văzut de mine cu icter care a apărut după o febră de 5 zile în ziua de 22 Septembrie, se vindecă la 8 Octombrie.

Cazul IX. Paul D., 3 ani, strada Alex.-Lahovary, se îmbolnăvește cu febră, vărsături, cefalalgie și inapetență completă la 21 Noembrie, la 26 Noembrie scade temperatura și apare icterul cataral, care ține până la 10 Decembrie.

Cazul X. Copilul procuristului Băncii Comerciale Române, în vârstă de 3 ani, văzut la 10 Noembrie în cabinetul meu cu icter, care a apărut după 3 zile de boală. I-am prescris medicamentele necesare, mi s'a spus că s'a vindecat după 8 zile.

Cazul XI. Nicolau în vârstă de 20 ani, comptabil la Banca Comercială Română, văzut la 1 Decembrie în cabinetul meu, cu icter după 5 zile de mala-die febrilă, se vindecă cu dieta, Felamin și Urotropina la 10 Decembrie.

Cazul XII. Olga I., în vârstă de 9 ani, elevă la institutul Sf-ta Maria, se îmbolnăvește cu stare febrilă, inapetență completă, vărsături și dureri de cap la 8 Noembrie; la 14 Noembrie, scade temperatura, la 15 Noembrie apariția unui icter foarte intens cu decolorarea materiilor fecale ține până la 25 Noembrie, când se vindecă.

Ultimul caz, dela țară, fata Virginica T., din Cetate, în vârstă de 6 ani, cu icter văzut în cabinet la consultație, nu poate da relațiuni mai precise asupra debutului maladiei.

După cum se vede multiplicitatea cazurilor, cari se succed în aceeași familie, aceeași casă, în aceeași școală sau cazarmă, mă

îndreptătesc să cred că mă aflu în fața unei epidemii de icter infecțios primitiv.

Mai ales că toți prezentau același clișeu simptomatic, unele cazuri mai ușoare altele mai grele.

Icterul infecțios se împarte în 2 categorii:

Icterul infecțios primitiv și icterul infecțios secundar, adică icterul care survine ca o complicație în cursul unei infecțiuni generale bine caracterizate, cum ar fi în cursul unei pneumonii, febre tifoidă, sau unei infecțiuni streptococice.

Voi descrie întâi *icterul infecțios secundar* pentru a vorbi mai pe larg asupra icterului infecțios primitiv, care ne interesează pe noi aci. Ca tipul icterului secundar voi lua pe acela, care survine în cursul unei pneumonii. Acest icter a fost mult timp considerat ca o complicațiune destul de excepțională, aproape independentă de infecțiunea principală și avea tendință de a-l atribui unei infecțiuni secundare de origină intestinală. Astfel *Gilbert* și *Grenet* fără a uita rolul posibil a alterațiunei hepatice, atribuiau icterul din cursul pneumoniei unei infecțiune secundară ascendentă a căilor biliare prin germeni veniți din intestine și în particular colibacilului.

Lemierre și *Abrami* (*Presse médicale* 2 Févr. 1910), s'au ridicat în contra acestei concepțiuni și contra tuturor teoriilor cari atribuiau icterul din cursul pneumoniei la o inflamațiune a căilor biliare mari sau mici; pentru ei icterul este datorit unei hepatite pneumococice descendente. Practica hemoculturei a arătat că pneumococul este foarte frecvent găsit în sânge în cursul pneumoniilor, urmând regula generală a celorlalte bacteriemii, pneumococemia se acompaniază de o eliminare a germenilor morbizi prin ficat și trecerea pneumococului în bilă, lucru de care s'a convins *Lemierre* în autopsiile făcute. Icterul pneumoniilor este consecința acestei localizări hepatice a pneumococemiei. Infecțiunea este specifică și descendentă și nu ascendentă și banală. Pneumococul și nu colibacilul se regăsește în bilă. Leziunea anatomo-patologică, cauză a icterului, este o hepatită și nu o angiocholită. Căile biliare erau absolut permeabile în autopsiile făcute de *Lemierre* și *Abrami*. Icterul este mai frecvent în pneumoniile grave drepte decât în cele stângi și mai ales în cele ale bazei plămânului drept.

Se știe de almintrelea că la pneumonici, dacă icterul franc este mai rar, retențiunea biliară nu este un accident excepțional, ea să arată din contră destul de frecvent dacă o căutăm sistematic, cele mai adesea ori pneumonia nu determină decât apariția în urină a serurilor biliare și ale urobilinei în cantitate mică. Urobilinuria și colaluria pot fi în unele cazuri destul de abundente și acompaniate de subicter, mai rar retenția biliară ia un caracter de mare intensitate și se termină cu icterul franc tip cataral sau chiar cu icterul grav. Cu toate că pneumonia produce de cele mai multe ori retențiuni biliare minime și latente, icterul franc nu complică pneumonia decât în anumite circumstanțe mai ales atunci când infecțiunea este generală și intensă și cu o durată mai lungă.

Icterul devine o complicație mai frecventă în pneumoniile grave și acompaniate de pneumoemie prelungită, de asemenea leziunile anterioare ale ficatului au o mare influență asupra producției icterului așa mai ales la alcoolici. Așa la alcoolici în timpul pneumoniei apar de timpuriu în urină seruri biliare și urobilină în mare cantitate și mai ales la ei să observă apariția icterului în timpul unei pneumonii. Dar în mai toate cazurile de icter infecțios sau toxic se regăsesc rolul favorizant al leziunilor anterioare ale celulei hepatice și mai ales a alcoolismului. Ori acest fapt se explică mai ușor dacă se admite că icterul este datorit unei repercuciuni asupra celulei hepatice a leziunilor vechi datorite intoxicațiunii alcoolice și a leziunilor recente datorite infecțiunii pneumococice. Din contră dacă s'ar atribui icterul unei obstrucțiuni inflamatorii a coledocului este mult mai greu de înțeles de ce această coledocită apare mai ales la un alcoolic la care numai celula hepatică și nu căile biliere ar fi puse în stare de minoris resistentiae.

Retențiunea liberă în cursul pneumoniei nu este cum se credea o complicațiune excepțională și de origină intestinală ci ea nu este decât repercuciunea septicemiei inițiale asupra celulei hepatice, une-ori infecțiunea nu atinge ficatul de cât ușor, făcând să apare numai serurile biliare sau urobilina în urină. Alte ori mai rar bine înțeles, fie că afecțiunea este mai gravă sau că celula hepatică este mai puțin rezistentă, ea va determina o retențiune liberă mai pronunțată și va cauza un icter cataral. Deci apariția icterului cataral în timpul pneumoniei nu este decât exagerațiunea unui fenomen destul de frecvent și patogenia sa mult mai ușoară de înțeles.

Același lucru putem să spunem relativ la apariția icterului în timpul unei febre tifoide, infecțiunii puerperale, etc. Aci apariția icterului este mai frecventă și este rezultanta repercuciunii infecțiunii asupra celulei hepatice și nu asupra canalelor biliare deși angiocholita este destul de frecventă în cursul infecțiunii ebteriene.

Icterul sifilisului secundar este deasemenea un icter infecțios cu tip secundar atribuabil la localizarea treponemei asupra celulei hepatice și nu la o obliterare banală a căilor biliere.

Icterul infecțios primitiv. În toate cazurile pe cari le am descris până acuma, retenția biliară apare numai ca. un epifenomen în cursul unei infecțiuni generale. Printre diferitele simptome ale maladiei, retenția biliară poate uneori să fie mai ușoară și să nu păstreze decât un interes documentar fără gravitate, alte ori însă ea poate să ia o formă mult mai gravă ocupând un loc preponderent în tabloul clinic al maladiei fie prin intensitatea ei, fie prin durata ei. Să presupunem că septicemia inițială s'a localizat dela început asupra ficatului în loc de a se adresa celorlalte organe, că- rora ea se adresează de obicei în mod electiv, cum ar fi plămânul pentru pneumococ sau intestinul pentru bacilul Ebert; tabloul clinic atunci va deveni acel el icterului infecțios zis primitiv.

Această tranziție între cele 2 grupuri de tablouri clinice, icter infecțios secundar și icter infecțios primitiv este ușor de pus în evidență mai cu seamă când agentul patogen este datorit grupei de bacili tifici și paratifici. În aceste cazuri uneori infecțiunea creând leziuni intestinale dă tabloul clasic al febrei tifoide, alte ori septicemia evoluează fără a face localizări intestinale și rămâne o infecțiune generală, iar alte ori lovește dela început numai ficatul, luând aspectul clinic al icterului infecțios primitiv. Astfel icterul ebertian poate apare ca o complicațiune în cursul unei febre tifoide clasice sau ca un fenomen transitoriu în timpul unei infecțiuni generale prelungite, sau se poate ca infecțiunea generală să fi fost numai de scurtă durată și accidentele hepatice să rezume aproape întregul cortegiu clinic al maladiei, cum a fost în cazurile noastre.

Diagnosticul acestor ictere infecțioase primitive rămâne adeseori înconjurat de multe greutăți, fugacitatea septicemiei împiedică de a face prin hemocultură proba originii microbiene a infecțiunii, de obicei când apare icterul, microbul numai există în circulațiunea sanguină. Serodiagnosticul arată uneori apariția aglutinării pentru grupa Ebert sau paratific, dar această aglutinare rămâne de cele mai multe ori slabă, inconstantă sau chiar negativă. Numai în cazurile grave, prelungite s'au putut izola din sânge microbii tifici sau paratifici. Studiul grupului icterelor infecțioase devine mai ușor dacă afecțiunea ia un caracter epidemic, cum erau epidemiile observate în cursul războiului în Franța de Carnot și Weil (Soc. méd. des hôpit., Paris, 1915), la Dardanele de Sanailhé și Chinet și la noi de Prof. Dr. Cantacuzino în Moldova, (Presse médicale, 1918). Unele simptome clinice au putut arăta atunci relațiunea acestor ictere cu infecțiunile paratifice. Prof. Cantacuzino relatează observațiunea Dr. Bălceanu, care are valoarea unui fapt experimental. Într'o familie compusă din 6 membrii în spațiul de câteva zile toți s'au îmbolnăvit, unii au făcut o infecție paratifică clasică fără icter, pe când alții au făcut un icter cu tip infecțios primitiv. La epidemiile studiate în Dardanele și în Moldova, microbii cauzatori erau germeni foarte apropiați de tipul paratific B. Profesorul Dr. Cantacuzino a putut izola microbii paratifici prin hemocultură care însă nu a fost pozitivă decât în 25% din cazuri, sau prin însemnare din materiile fecale sau prin puncția splinei, au prin însemnare făcute din bila luată dela cadavru. Reacția serodiagnosticului Vidal a arătat la cei vaccinați cu tific și paratific și cari au făcut apoi icter, o redesteptare a puterii aglutinante pentru Ebert și paratific A. și B., iar la cei nevaccinați apariția de aglutinine pentru paratific B. Din toate acestea fapte rezultă că un număr oare-care de ictere infecțioase, baccilii grupei paratifice ar fi agentul patogen incriminat. Însă în cele mai multe cazuri mai ales când ele rămân benigne cum au fost cazurile noastre este foarte greu de probat origina unui icter infecțios tip primitiv. Astfel se observă une-ori în clinică și mai ales de noi medici particulari cari nu dispunem de mijloace de laborator suficiente în cazuri de epidemii

de ictere infecțioase primitive, a căror natură nu putem exact preciza. În cazurile mele înclin mai mult pentru a considera ca agent provocator microbul gripei. Căci am văzut în unele cazuri de icter infecțios concomitent în aceeași casă cazuri de gripă tipice, cum a fost cazul No. 1, tânărul Kazer și cazurile dela institutul Sf. Maria unde se aflau mai multe fete bolnave de gripă clasică și mai ales că în aceste luni la noi în oraș era oarecum o stare gripală, din cauza schimbării brusce a temperaturii. Seroreacția Vidal pentru tific și paratific căutată în 3 cazuri a fost negativă. În tot cazul ceea ce rămâne hotărât este că am avut o ușoară epidemie de icter infecțios primitiv mai frecventă la copii și a cărei natură sigură nu am putut-o identifica.

ASUPRA CONSECINTELOR REACȚIILOR DE INSUFLAȚIE DIN CURSUL PNEUMOTORAXULUI ARTIFICIAL

de

Docent Dr. M. CÂNCIULESCU

Injecțiile de aer în pleură făcute în scopul colabării unui plămân pot determina diferite accidente sau reacții de ordin general sau local.

O categorie din aceste reacții reprezintă așa numitele *reacții de insuflație*, semnalate de diferiți autori și asupra cărora au făcut studii mai întinse P. Pruvost¹⁾, M. Gilbert²⁾, L. Baron—F. Triboulet—I. Valtis³⁾, și mai recent Roger Amsler—H. Lenfantin⁴⁾.

Aceste reacții sunt de ordin inflamator pleural, survin dela începutul stabilirii pneumotoraxului sau în cursul perioadei de întreținere, se traduc prin fenomene dureroase locale, ușoara dispnee cu tuse, reacție febrilă în primele 24 ore care poate atinge și depăși 39°, precedată și acompaniată de fiori de frig și obiectiv prin fenomene inflamatorii de pleurezie uscată sau exudativă.

Simplul contact al aerului poate încă constitui o cauză de iritație a pleurei, cu atât mai mult când pleura viscerală era deja angajată prin procesul subjacent pulmonar inițial sau mai ales printr'un proces aderențial preexistent latent.

Această iritație crescută cu fiecare nouă introducere de aer mărește procesul inflamator pleural, dă naștere la exudate și conduce la stabilirea unei simfise parțiale sau totale.

Neajunsurile acestora în cursul perioadei de întreținere a unui pneumotorax sunt de presupus; dar ele sunt agravate prin perspectiva unei inoculări pleurale.

Reacția pleurală poate atinge diferite grade și se poate manifesta cu o formulă citologică variată dupe: gradul inflamației, precocitatea sau repetiția procesului și dupe natura procesului pulmonar subjacent; iar de predominanța sa limfocitară sau polinucleară poate depinde întru-câtva evoluția ulterioară a fenomenelor pleurale.

1^o. P. Pruvost, Symphyse pleurale au cours du pneumothora thérapeutique. Monde Medical No. 729 | 1928 pag. 497.

2^o. M. Gilbert, Le réaction de remplissage au cours du pneum. artificiel. Annales de Médecine Mai 1928, pag. 490.

3^o. L. Baron, F. Triboulet, I. Valtis. Contribution à l'étude des réactions thermiques consécutives aux insufflations du P. T. Revue de la tuberculose, Avril. 1929, pag. —.

4^o. R. Amsler și H. Lenfantin. Réaction d'insufflation en période d'entretien du pneum. artificiel. Presse Médicale No. 8 | 1930 pag. 113.

Mărginindu-ne la reacțiile pleurale cu predominanță polinucleară, cari presupun un grad mai acut sau intens al procesului inflamator, vom semnală 2 observații clinice, dintre cari una privește o tuberculoză pulmonară și cealaltă o pleurezie interlobară dreaptă.

În cazul întâi reacțiile de insuflație odată manifestate au condus rapid la stabilirea unei simfise cu un mers progresiv, care a comandat întreruperea insuflațiilor.

În cazul al II-lea injecțiile, cari dela început au determinat o reacție febrilă în consecutivele 24 ore, au condus la o pleurezie supurată septică a mării cavități.

În ambele colabarea n-a putut fi totală căci dela început au fost puse în evidență aderențe pleuro-parietale.

Desigur că acest proces aderențial de pleurită anterioară este cauza evidentă sau latentă a mai tutulor acestor reacții de insuflație; iar afluxul plasmatic și celular, care vine dinspre plămân și le caracterizează, le întunecă prognosticul.

Natura pneumopatiei primitive care a comandat și practica pneumotoraxului poate determina întru-câtva și soarta sau evoluția acestor reacții pleurale, iureșul leucocitar care năvălește dinspre plămân putând conduce la însemnarea microbieniă a cavității pleurale.

Observația I. D-ra L. N., elevă de liceu în vârstă de 17 ani, din Craiova, este văzută la 28 Iunie 1926, pentru-că slăbește (50 kgr. dela 54) și are constipație; prezintă modificări respiratorii și frecături pleurale la vârful stâng.

Un tratament tonic și o cură de aer de 2 luni la Azuga, cresc greutatea la 55.000 și nu lasă local decât ușoare fenomene de condensatie la nivelul hilului stâng.

La 24 Ian. 1927: tuse, dureri sub clavicula dreaptă, respirație suflantă și crepitații la nivelul hilului stâng, respirația diminuată sub clavicula dreaptă, tachicardie, ușoara febră, greutate 53 kgr.

4 Februarie: tușește mai puțin, febra intrată sub normal, încă frecături și crepitații sub clavicula stângă, 53.600 kgr.

12 Martie: 54.400. Temperaturi vespérale între 37⁴—38⁰.

4 Iulie: 49 kgr. fen. cavitate la vârful stâng; pleacă din nou la Azuga.

Aci i se institue de d-l Dr. Popper pneumotoraxul, a cărui întreținere ulterioară decurge astfel:

PNEUMOTORAX.

D-l d-r Popper.

1927/1. VIII. P.T.=	0 — 5	— 400 cm ³
3. VIII. P.T.=	0 — 3	— 400 cm ³
6. VIII. P.T.=	0 — 2	— 400 cm ³
10. VIII. P.T.=	0 — 1	— 500 cm ³
15. VIII. P.T.=	— 1 + 1	— 400 cm ³
20. VIII. P.T.=	0 + 2	— 400 cm ³
27. VIII. P.T.=	— 1 + 1	— 500 cm ³

D-l d-r Alexiu

5. IX.	P.I. = - 3 - 1	} - 550 cm ³
	P.T. = - 1 0	
12. IX.	P.I. = - 2 - 3	} - 550 cm ³
	P.T. = 0 - 1	
19. IX.	P.I. = - 2 - 3½	} - 600 cm ³
	P.T. = 0 - 2	
26. IX.	P.I. = - 2 - 3	} - 500 cm ³
	P.T. = 0 - 1	

D-l d-r Cănciulescu.

2 X.	P.I. = - 4 *)	} - 650 cm ³
	P.T. = + 1	
9. X.	P.I. = - 2	} - 550 cm ³
	P.T. = + 3	
16. X.	P.I. = - 2	} - 750 cm ³
	P.T. = + 2½	
23. X.	P.I. = - 1	} - 650 cm ³
	P.T. = + 1	
3. XI.	P.I. = - 1½	} - 500 cm ³
	P.T. = + 2½	
15. XI.	P.I. = - 1	} - 700 cm ³
	P.T. = + 4	
27. XI.	P.I. = sub 0	} - 750 cm ³
	P.T. = + 5	
11. XII.	P.I. = - 3	} - 1000 cm ³
	P.T. = + 3	
24. XII.	P.I. = - 2	} - 1000 cm ³
	P.T. = + 5	
1928 3. I.	P.I. = apr. + 1	} - 500 cm ³
	P.T. = + 5	
15. I.	P.I. = - 2	} - 1000 cm ³
	P.T. = + 4	
28. I.	P.I. =	} - 1000 cm ³
	P.T. = + 3½	
12. II.	P.I. = - 2½	} - 1000 cm ³
	P.T. = + 3½	
26. II.	P.I. =	} - 500 cm ³
	P.T. =	
11. III.	P.I. = - 5	} - 1000 cm ³
	P.T. = + 2	
25. III.	P.I. =	} - 1000 cm ³
	P.T. =	

Acces febril consecutiv.

27. III. Fenomene de pleurezie lichidă.

1. IV. Radioscopia arată întinderea lichidului până la spațiul 7 pe linia mamelonară.

14. IV. Extracție 300 lichid pleural; formula: limfocite 60%; polinucleare 40%; albumină 18/100; nu s'au găsit bacili Koch.

30. IV. Nivelul lichidului staționar; se însuflă 200 etmc. cari ridică

*) Noi am designat printr'o singură cifră media presiunilor din inspirație și expirație și am însemnat aceasta atât pentru P. I. (presiunea inițială) cât și pentru P. T. (presiunea terminală dela sfârșitul insuflației)...

presiunea terminală la $+ 4\frac{1}{2}$; Temperatura în următoarele 24 ore până la 40° însoțită de fiori.

16. V. Radioscopia arată bezunare suprapuse de lichid, cari iau aspectul unor cuiburi suspendate; Se amână pneumotoraxul.

25. V. Se extrage o mică cantitate de lichid, se insuflă 200 ctmc. aer; febră consecutivă a doua zi până la 39° ; care s' va manifesta dar mai atenuat fiecare din insuflațiile următoare.

12. VI. Extracție de lichid; insuflație $\left. \begin{array}{l} \text{P. I.} = 0 \\ \text{P. T.} = + 15 \end{array} \right\} 500 \text{ ctmc. formula lichidului extras limfocite } 90\%; \text{ polinucleare } 10\%; \text{ Rivalta } +; \text{ Culturile sterile.}$

20. VI. Extracție de lichid, insuflație $\left. \begin{array}{l} \text{P. I.} = - 2 \\ \text{P. T.} = + 13 \end{array} \right\} 250 \text{ ctmc. formula lichidului extras: limfocite } 99\%; \text{ polinucleare } 1\%; \text{ albumină } 17\%_{09}. \text{ Rivalta pozitiv.}$

28. VI. Insuflație 200 ctmc., cari ridică presiunea manometrică la $+ 17$. Dela această dată bolnava eșe de sub observația noastră; ulterior am aflat că a fost internată într'un sanatoriu de munte.

De remarcat că la această pacientă, care a prezentat o cavernă la vârful stâng, nu s'a putut obține o colabare perfectă a plămânului; în permanență au rămas bride aderențiale la vârf asupra domului pleural și la bază, cari fixau plămânul de diafragm; formarea ulterioară a unei simfize progresive a fost manifest urmărită prin prezența acelor buzunare cu lichid și aer, cari ca niște cuiburi ocupau marea cavitate.

Observația 2. Fata Anica B., de 11 ani, din comuna Velești (Dolj), intră în serviciul nostru dela Spitalul Filantropia, la data de 4 Dec. 1929, pentru tuse, expectorație fetidă, febră.

Avusese rujeolă în primăvara anului.

Boala actuală datează cam de atunci, din Aprilie și începuse cu febră și tuse; dupe o lună expectația a devenit extrem de fetidă; înainte de a intra în serviciul nostru avusese vomice sanguinolente.

Local prezintă submatitate la vârful drept, mai accentuată în regiunea subelaviculară dreaptă; raluri umede buleose cu respirație foarte suflantă; raluri suberepitate în jurul zonei mate, raluri de bronșită în tot restul plămânului.

Examenul radioscopic arată obscuritatea treimeii superioare a câmpului pulmonar drept; iar o radiogramă luată precizează aspectul unei pleurezii supurate, pe care o situează în mica scisura interlobară dreaptă. Expectorația în cantitate de circa 100 gr. în 24 ore în primele zile, se depune în 3 straturi suprapuse și prezintă o floră microbieniă variată, în care predomină streptococi, bailci fuziformi, micrococcus catharalis și diplococi încapsulați; nu se constată prezența de fibre elastice, citologice; polinucleare parte intacte, celule alveolare degenerate, celule bronșice.

Ca tratament alături de poțiuni expectorante și desinfectante s'au practicat din 4 în 4 zile injecții de neosalvarsan în total 4; doza I, cari nu au influențat apreciabil nici fetiditatea nici cantitatea sputei; la un moment dat sputa devenind sanguinolentă instituim insuflații de aer; prima insuflație, de decolare, practică la data de 30 Dec., și în cantitate de abia 50 ctmc., nu provoacă nicio denivelare a curbei febrile; cea de a doua, practică la data de 2 Ianuarie 1930, ridică temperatura în aceeași zi la 38° și a doua zi la 39° , dupe cari temperatura scade vizibil în zilele următoare până la 37° și continuă a scădea treptat și nu se ridică nici în ziua de 4 Ian., când se practică insuflația III, se ridică brusc la 38° în seara zilei de 7 Ian., când se practică insuflația IV, scade treptat în zilele de 8, 9, și 10 Ian., până la sub 37° , apoi se ridică brusc la 38° în ziua de 11 Ian., dupe ce în ziua precedentă se practicasă a V insuflație.

Consecința acestor insuflații reduse (de-abia 200—300 ctmc. fiecare), a fost:

1) Bruscă ridicare termică în ziua insuflației sau celei următoare (bine evidențiată pe curba grafică a temperaturilor).

2) O scădere generală a curbei febrile încât la un moment dat am socotit succesul ca definitiv dobândit, mai cu seamă pentru-că fetiditatea expectorației dispăruse și cantitățile diurne expectorației scoboriseră la 20 și 10 ctmc.

3) Prin radiograme luate la intervale s-a urmărit decolarea pleurei, dar colabarea totală nu a putut fi obținută din cauza unui proces aderențial care fixa interlobul drept la peretele costal precum și baza pulmonului drept la diafragm.

Pentru a grăbi decolarea la data de 13 Ianuarie și în plină apirexie practicăm a 6-a insuflație, cu toate că s-a injectat iarăși o cantitate mică de aer și am terminat insuflația la o presiune neutră ± 0 , totuși pacienta a acusat pe loc dureri, opresiune, a doua zi temperatura a crescut și s-a menținut în zilele următoare, respirația a devenit grea, baza dreaptă a devenit submată, a prezentat o înăbușire a murmurului, fine crepitații, iar puncția extrage la data de 18 Ian., un lichid turbure, cu polinucleare intacte 90%, monucleare 10%, amicrobian la început, și care în zilele următoare devine fetid și polimicrobian.

Se practică injecții cu ser antigangrenos, starea se înrăutățește și operația fiind refuzată, pacienta ese în stare extrem de gravă la data de 23 Ian.

De remarcat și la acest caz procesul aderențial preexistent, care s'a opus la colabarea totală și deci la golirea buzunarului purulent interlobar și care a determinat tot timpul, cu toată precauțiunea luată de a injecta cantități mici de aer și sub o presiune negativă, o reacție febrilă, consecutivă aproape fiecărei insuflații.

* * *

Această pleurită uscată aderențială pe care o putem urmări cu cea mai mare precizie pe pleura insuflată este cauza sigură a determinării acestei reacții febrile, *semn de alarmă*, care cu adevărat comandă cea mai mare circumspecție în conduita, ce trebuie să avem ulterior.

Suferința pleurei, pe care o poate provoca latent simpla introducerea a unui corp străin ca aerul, se traduce sgomotos în primul rând prin această ascensiune termică; iar în al doilea rând prin formarea unei exudațiuni, care datorită cantității crescute de fibrină, albumină și elemente celulare, ușor se poate organiza și conduce la stabilirea unei simfize progresive.

Deja această posibilitate face a considera cu multă atenție existența acestor reacții de insuflare și recomandăția recentă a lui Amsler de a încerca să le atenuăm prin: insuflația unei cantități mai mici de aer, prin scoborirea presiunii terminale de insuflație, prin aranjarea ca bolnavul să poată dispună de 1—2 zile de repaos dupe insuflație, o credem îndreptățită.

Dar încă posibilitatea că năvala leucocitelor, mai ales polinucleare, încărcate cu microbii specifici ai pneumopatiei subjacente, (în cazul nostru ultim o pleurezic interlobară), să conducă la o însemănțare specifică sau banală a exudației și deci a cavității

pleurale, ne dictează o și mai mare prudență față de aceste reacții fugace, dar nu atât de inofensive, cum le consideră acelaș autor.

Incetarea benevolă la un moment dat a pneumotoraxului de întreținere poate fi pusă în discuție, și aceasta mai cu seamă în pneumopatiile netuberculoase, cât timp formula polinucleară, semn de inflamație mai intensă și recentă, a exudației pleurale nu a fost înlocuită printr'una limfocitară, semn de cedare a fenomenelor și de stabilirea unui proces cronic; dar chiar în pneumopatiile tuberculoase, la cari stabilirea rapidă a unei simfize cu caracter progresiv (între alte semne: creșterea demesurată a presiunii terminale prin cantități mici de aer) va face în mod fatal imposibilă susținerea colabării.

Din studiul acestor 2 observații, luate ca tip, reese că:

a) Reacțiile de insuflație sunt de origine pleurală și datorite exacerbăției unui proces inflamator pleural preexistent; toate celelalte teorii n-au bază justificată.

b) Să căutăm a le atenua pe cât posibil prin luarea precauțiilor semnalate mai sus și chiar a le evita prin încetarea momentană a insuflățiilor;

c) Să urmărim evoluția procesului exudativ, atunci când s-a produs, prin stabilirea formulei citologice și atât timp cât polinuclearele vor predomina, sau chiar se vor menține în proporție crescută, să nu socotim pericolul trecut ci să le considerăm ca un obstacol la continuarea pneumotoraxului;

d) Aceste considerațiuni se referă mai cu seamă la pneumopatiile netuberculoase, cari cer instituirea unui pneumotorax terapeutic.

TRATAMENTUL METRORAGIEI

de

Dr. S. SINGER

Un tratament etiologic convenabil trebuie să fie bine seamă de cauza provocatoare a metroragiei. Se va cerceta *avortul, afecțiunile uterine și utero-anexiale*, în primul rând polipul, cancerul, fibromul, prezența unei endometrite ori salpingo-ovarite; *graviditatea* unde se va bănui o complicațiune a sarcinei (sarcină extra-uterină, inserția vicioasă a placentei, molă hydatiformă, hemoragii retro-placentare); *maladii de cauză generală*: febre, intoxicațiuni, cardiopatii, anemii arterioscleroză, nefrite; *menoragii de pubertate și menopauză*.

Tratamentul etiologic. Metroragiile provocate de prezența unui polip, fibrom sau cancer, necesită roentgenterapia, curieterapia și intervenția chirurgicală.

Metroragiile din retenție de resturi placentare post-abortum cer curetajul ori curajul digital.

Pierderile atribuite unei insuficiențe thyroidiene se amendează prin opoterapie thyroidiană, administrându-se timp de 10—15 zile câte 0.05—0.10 ctg. extract thyroidian pe zi.

Când examenul gynecologic nu permite să găsim cauza anatomică a unei metroragii, și mai ales când aceasta coincide cu o perioadă menstruală, suntem autorizați să recurgem la medicația opoterapică. Cazul se prezintă frecvent către apropierea menopauzei (*metroragia crepusculară*) sau în timpul pubertății (*menoragiei esențiale*). Deși în ambele cazuri etiologia pierderilor de sânge e în genere complexă, trebuie totuși admis că la bază există o deranjare momentană în funcțiunea ovariană. Este de aceia indicat să acționăm de-a dreptul prin ovar decât să încercăm a opri hemoragia prin hemostatice. Opoterapia ovariană dă rezultate întrebuintând *sistomensina*, element frenator și regulator al secreției interne ovariene, care se opune elementului activator: *agomensina*. Cazuri recidivante și rezistente la hemostaticele clasice au dat rezultate rapide în 3—4 zile administrându-se zilnic 3—6 comprimate de sistomensine.

Tot în metroragiile virginale ale pubertății provocate de o dyscrasie sanguină de origină endocrinică se recomandă administrarea prin cale hypodermică a serului sanguin de cal, ori per os în doze de 10 cc. pe zi, luată în două rânduri. Dintre preparatele cunoscute la noi în țară Hemostylul pe cale bucală ori în injecțiune. În acelaș timp dimineața și seara câte un cachet de

Pulv. de corp thyroid 0.05 ctg.

Pulv. hypofiză 0.10 ctg.

Tratamentul simptomatic: Repauz absolut în pat în poziție orizontală, capul și umerii mai jos decât bazinul, membrele inferioare ușor flectate reze-mate sub genunchi de o pernă tare. Liniște și imobilizare. Femeia va începe a părăsi patul numai la trei zile după complexa încetare a pierderilor de sânge. Pungă de ghiță pe hypogastru.

Hemostaticele: Pulverea de secale cornutum 0.50 ctg.—3 gr. și chiar 4 gr. pe 24 ore în cachete, pilule ori pachete dată în doze fracționate.

Ergotina 0.50—2 gr. în 24 ore per os (pilule, poțiuni) ori pe cale hipodermică.

{ Apă distilată 120 gr.
Ergotin 2 gr.
Syr. cort. aur. 30 gr.

Ergotinina per os ori hypodermic în doză dela un sfert de miligram până la un miligram.

{ Clorhydr. ergotinin 0.01 ctgr.
Apă dist. steril. 10 gr.
0.5 cc. pe 24 ore.

Gynergenul Sandoz (Ergotamină) per os 1—2 miligrame de 3 ori pe zi ori fiole conținând $\frac{1}{2}$ miligrame de produs activ pe centimetrul cub de lichid.

Stypticina în doze de 0.05 ctgr. de 4 ori pe zi.

Ergotina și derivatele sale lucrând prin intermediul fibrei musculare uterine produce o contracție energică a mușchiului uterin, contraindicată în cazurile de retențiuni placentare și ca atare nu trebuie administrată. Atâta timp cât cavitatea uterină nu este vidă.

Extractul hypofizar activând asupra fibrelor netede musculare ale vaselor și mușchiului uterin, are o acțiune mai puțin brutală (lipsește tetanizarea provocate de preparatele ergotinei); se întrebuițează în injecțiuni subcutane sau intramusculare repetate de 2 ori pe zi timp de 4—5 zile.

Hemostylul per os ori hypodermic.

Hydrastis canadensis, hamamelis virginica, viburnum prunifolium uzitate sub formă de extract fluid ori tincturi — asociate uneori cu pulv. secale corn.

{ Extr. fluid hamamelis { 15 gr.
Extr. fluid. hydrastis {
Glycerină 90 gr.
3 lingurițe pe zi.

{ Pudr. secale cornutum 0.20 ctg.
Extr. hydrastis can. 0.10 ctg.
4—5 pilule pe zi.

{ Extr. hydrastis 0.03 ctg.
Extr. hamamelis 0.05 ctg.
Ergotin 0.05 ctg.
3 pilule pe zi.

Clorurul de calce în poțiuni 4 gr. pe zi.

În cazuri grave injecțiuni hypodermice de **ser gelatinat** 20—50 cc., **Transfuzie sanguină.**

În unele hemoragii **opiul, morfina, pantoponul** au o reală eficacitate dând calm organismului.

Tratamentul local ¹⁰ Injecțiuni vaginale fierbinti prelungite la 45—50° și din oră în oră. Se vor trece 5—8 litri de fiecare dată.

²⁰ **Tamponamentul uterin** după ce a avut loc dilatarea uterului se atinge suprafața mucoasei cu una din aceste soluțiuni: antiperin 100%, feropyrin 15—20%, clorur de calce 60%. S'a recomandat după tamponament să se lase local un tifon imbibat cu sol. adrenalin 1/10.000.

³⁰ **Raze X.**

⁴⁰ **Radium.**

⁵⁰ **Tamponamentul vaginal** deși reușește ades să oprească hemoragia e un procedeu infidel: predis pune la infecțiuni prin retenția momentană de sânge și chiaguri în cavitatea uterină.

Tratamentul general: Tonice, aeratie, hemoglobină carne crudă. Injecțiuni de ser artificial 150—200 gr. pe zi.

MIȘCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

Fisio - Patologie.

M. POLICARD: Ideile noi asupra dispozițiunii suprafeței respiratorii pulmonare. (Les nouvelles idées sur la disposition de la surface respiratoire pulmonaire). — Presse méd. No 80, 1929.

După ce arată concepția clasică a epiteliului alveolar pulmonar care admite că celulele alveolare au un caracter continuă și e de natură epitelială fapt ce nu se mai admite azi de histologiști ce arată caracterul discontinuă și origina conjunctivă a celulelor ce se găsesc pe alveole. Absența unui acoperiș celular continuu în alveole implică consecințe fiziologice și patologice importante. Înțelegem ușurința schimbului de gaze între sânge și aerul alveolar. Din punct de vedere patologic contactul direct al țesutului conjunctiv și al epanșamentelor plasmatică și sanguine din alveole permite de a înțelege marea rapiditate a organizației conjunctive din plămân. Reacțiile pulmonului sunt conjunctive, sunt mai apropiate de acele ale splinei de cât de acele ale unui organ epitelial. Deci la baza tuturor considerațiilor patogenice privitoare la pulmon, trebuie să știm că aerul exterior vine în contact direct cu țesutul conjunctiv și cu capilarele. Suprafața respiratorie se asemănă cu o rană recentă, între aerul alveolelor și capilare nici o barieră epitelială nu există. Iar celulele ce se găsesc la suprafața despărțirilor inter-alveolare, fiziologice și patologice foarte active, trebuie să fie considerate de natură conjunctivă. Cluj

LEON BLUM, P. GRABAR et VAN CAULAERT: Azotemia prin lipsă de sare. (L'azotémie par manque de sel, son mécanisme). — Ann. de Méd. tome XXV, 1929.

Continuă cercetările lor asupra azotemiei datorite lipsei sărei în organism în diabet gras, vărsături incoercibile și diaree profuze și constată că azotemia la diabetici eșiți din comă nu este datorită unei leziuni renale, toate simptomele anatomice și urinare a unei nefrite care există în faza comatoasă a dispărut după 2 zile, în momentul când se constituia azotemia, ast-fel că la Colnavii observați de acești autori azotemia a ajuns la 4—5 gr. după câte-va zile după ce au eșit din coma. Lipsa sărei a avut ca consecință o turburare a funcțiunii renale și a creat simptome asemănătoare nefritei. Imediat ce s'a administrat Na Cl. bolnavilor, azotemia a scăzut. Emit ipoteza unei acțiuni humorale primitive ce influențează secundar rinichiul. Mecanismul humoral depinde de concentrația moleculară a sângelui, micșurarea Na Cl aduce o micșurare a concentrației moleculare, organismul compensează pierderea Na Cl prin mărirea ureei sângelui. Hipoteza este confirmată prin acțiunea rapidă a sărei în azotemie, acțiune datorită mării concentrației moleculare a sângelui prin Cl și Na.

Azotemia prin lipsa de sare apare ca o reacție de apărare a organismului contra micșorării concentrației moleculare datorită lipsei sărei. Iar din punct de vedere clinic arată o stare gravă, este datorită unei tulburări profunde a organismului datorit lipsei Cl. Na. Trebuie să se distingă această azotemie de natură brightică. Imediat ce dăm sare bolnavilor, această azotemie scade.

M. GARNIER: Icterul cataral nu există. (Études de physiologie pathologique: l'ictère catarrhal n'existe pas). — Presse Méd. No 17, 1929.

Autorul emite ipoteza că icterul cataral este datorit unei acțiuni toxice, ar fi o formă atenuată a icterului infecțios.

Analizând starea preicterică nu găsim fenomenele unui embarras gastric cu inflamația mucoasei digestive cu propagarea către căile biliare. Urmărind decolorația materiilor fecale, găsește în materiile fecale urme de stercobilină și stercobilinogen 3—4 zile după ce icterul a apărut, deci nu este nici o legătură între decolorația materiilor și gălbenare. Dacă coledocul ar fi obstruat printr'un dop mucoș, bila a trece în canalul sanguin, dar atunci decolorația materiilor fecale ar fi primitivă și gălbenarea secundară.

În icterul infecțios benign sau grav, bila este deviată din drumul său normal și atrasă în circulația sanguină. Experimental pentru a obține icterul este nevoie de a injecta unii microbi icterigeni care au proprietăți hemolitice asupra hematiilor și sunt foarte sensibili la acțiunea bilei, probabil intervine și un chimiotropism ce explică deviația curentului biliar. Deci icterul infecțios benign și grav este complet independent de inflamația căilor biliare, dacă aceasta are loc este datorită infecțiilor secundare, care se manifestă în clinică prin febră intermitentă, sensibilitatea vezicii biliare și avem uneori în hemocultură pară colibacil. Autorul numește icterul cutanal, icter acut apirectic.

VLADIMIR MIKULOWSKI: Contribuțiune la studiul mecanismului hemoragiilor intestinale în febra tifoidă. (Contribution à l'étude du mécanisme des hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde). Le Sang No. 6. 1929.

Plecând dela ipoteza emisă de Emil Weil, care crede că nu există hemoragii importante fără modificări ale sistemului vascular, iar în febra tifoidă în hemoragiile intestinale intervine diateza hemoragică înaintea boalei sau a apărut sub influența infecției tifice.

VI M. comunică trei observații clinice de febră tifoidă infantilă cu hemoragii gastrice, intestinale și sub-cutanate, însoțite de **syndromul trombopenic**, al lui Werlhof în cursul primului septenar al boalei. Deci o hemoragie intestinală în cursul febrei tifoidice indică o diateză hemoragică provocată de infecția tifică, posibil și hemoragiile între a 17-21 zi a boalei sunt datorite aceluiași mecanism.

Ar trebui ca orice medic să examineze sistematic proprietățile fizice ale sângelui, ale tipicilor pentru a institui un tratament apropiat capabil de a ameliora diateza hemoragică și a împede apariția hemoragiilor adeseori mortale. Medicamentele ce se vor da trebuie să influențeze coagulabilitatea sanguină.

PAUL GONVAERTS: Asupra patogeniei edemelor nefretice și cauzelor variațiilor lor de intensitate. (Sur la pathogénie des œdèmes néphrétiques et les causes de leurs variations d'intensité). Presse Méd. No. 65, 1929.

Caută a arăta mecanismul infiltrației difuze ce corespunde la o retenție de apă în țesături, (ca nefrite acute) și edemul ce se găsește în punctele declive ale organismului (în nefritele hidropigene cronice și nefroze). Examinează mecanismul fiziologic care regulează schimburile de lichid între sânge și spațiile interstițiale, îndată ce intervin modificări între lichidul interstițial și sânge sub influența presiunii osmotice se formează edeme. Proteinele sanguine joacă un rol mare în distribuția lichidelor în interiorul organismului. Dacă sângele conține o cantitate mai mare de apă, presiunea osmotică a proteinelor scade iar filtrația crește la nivelul capilarelor arteriale și resorbția e micșurată în capilarele prevenoase, de aci apoi pătrunde în spațiile interstițiale. Când rinichiul funcționează activ, apa din sânge este eliminată, altfel rămâne în țesuturi, le infiltrază și dă edeme. Edemele inflamatorii, epanșamentele toxice conțin 15-40 gr. proteine la litru format în parte din globuline, capilarele în aceste edeme au pierdut impermeabilitatea la proteine. Edemul de astăzi, edemul cardiac, edemul nefretic sunt sărace în proteine, conțin puțin globuline și peretele capilarelor n'au peretele alterat. Edemul nefretic este datorit micșurării presiunii osmotice a proteinelor care are ca urmare o creștere a filtrației apei la nivelul capilarelor arteriale și împiedecă resorbția apei la nivelul capilarelor prevenoase. În punctele declive unde presiunea venoasă este rădicită în loc de resorbție are loc o filtrație la nivelul capilarelor prevenoase, condiții necesare unui edem mecanic. Albuminuria abundentă și persistentă are ca efect o micșurare a

presiunii osmotice a proteinelor sângelui care conține atunci mai puține serum-albumine. În edeme găsim: 1) O retenție a apei în organism consecutivă la micșurarea diurezei și 2) Condiții locale care provoacă acumularea lichidelor interstițiale în punctele declive chiar când diureza este satisfăcătoare. Permeabilitatea crescută a capilarelor, variațiile presiunii osmotice a proteinelor și presiunea hidrostatică contribuie la mărirea lichidului interstițial la care se adaugă turburările activității secretorii a rinichiului.

Variațiile activității renale nu sunt datorite modificărilor proteinelor sanguine ci sunt datorite unor excitanți proprii ca ureea care ia naștere în metabolismul nutritiv al organismului sau unor stimulanți medicamentoși diuretici ca novasurotul.

Deci remisiunile ce se observă în nefritele hidropigene sunt datorite unei reluări a activității secretorii a rinichiului sub influența unor stimulanți ai diurezei. Cât timp presiunea osmotică este micșurată, sângele este alterat și organismul supus la edeme. Numai grație regimului alimentar ce atenuează leziunile renale și alterația sângelui poate dispărea hidropizia.

PIERRE NOEL-DESCHAMPS: Despre problema biologică a hipertensiunii permanente. (*Le problème biologique de l'Hypertension permanente dite solitaire*). — Presse Méd. No. 14, 1929.

Discută patogenia hipertensiunii pure sau idiopatice, recent Volhardt împarte hipertensiunea în: 1) Hipertensiunea roșilor cu leziuni ale aortei și hipertensiunii celor palizi caracterizată prin arterio-scleroza micilor vase, mai târziu a rinichiului. În Franța hipertensiunea solitară este expresia clinică a turburării profunde a funcțiilor unor organe. Cercetările recente a lui Tournade și Chabrol stabilesc un mecanism regulator al presiunii arteriale. Tonusul arterial și presiunea intra-vasculară sunt sub dependența centrilor cerebro-spinali. Variațiile lor locale, tensiunile printr'un reflex vago-simpatic excită centri regulatori ai presiunii și dau reacții vazo-motrice. Perturbațiile diverselor activități endocrinene, modificările echilibrului fizico-chimic al plasmii sanguine, turburările funcționale ale centrilor nervoși sau ale sistemului vago-simpatic pot influența sistemul regulator al tensiunii sanguine. Origina perturbațiilor endocrinene la origina stărilor hipertensive este o ipoteză logică, s'au găsit adenome ale glandei supra-renale, ce a explicat supra activitatea supra-renalelor și hiper-adrenalenemia. Unii autorii presupun că sinergia glandulară are o parte în hipertensiunea idiopatică. Rolul pancreasului în hipertensiune este demonstrat, s'a găsit hiperglycemie și glicozurie la hipertensivi.

S'a descris și insuficiența hepatică la hipertensivi, modificări ale metabolismului ureic sau uric, ce determină o micșurare a puterii antitoxice a ficatului, de unde ar avea loc o retenție a produselor toxice ce dau hipertensiune. Deci metabolismul hidrocarbonat al hipertensivilor este turburat, modificări ale ciclului cholesterinei are loc, creșterea rezervei alcaline, s'au găsit în hipertensiunea solitară. Astfel s'a lărgit azi noțiunea hipertensiunii, o putem considera ca o diateză, ca o boală autonomă primitivă.

Dr. R. H.

PHOSPHAT DE CALCIU

Dr. PINARD

DOZA { 2—4 linguri (adultți).
PE ZI { 2—4 lingurițe
(sugaci și copii).

**Phosphat de calciu insolubil în
molecule infinitesimale într'un
lichid isotonic.**

Produs direct din oase.

130 lei flaconul pentru tratament de
8—10 zile (adultți), 15—20 zile (copii).

*Pretuberculoză - sarcină—fracturi—
phosfaturie—nevroză.*

PHOSPHAT PINARD IRRADIAT

DOZA { 2 linguri (adultți).
PE ZI { 2 lingurițe (copii).
2 lingurițe de cafea
(sugaci și copii până
la 3 ani).

**Emulsie de ergosterină irradiată
(Vitamină D) în phosphat de
calciu „Dr. Pinard“.**

1 miligram $\frac{1}{2}$ Vitamină D pe lingură este
echivalent cu 250 gr. untură de pește.

160 lei flaconul pentru tratament de 10
zile (adultți), 20 zile (copii).

*Rachitism—turburări ale creșterii—
alaptare—fracturi.*

PHOSPHARSYL

DOZA { 2 linguri (adultți)
PE ZI { 8—12 zile.
2 lingurițe (copii pes-
te 4 ani) 8—12 zile.

Phosphat Pinard Methylarsinat.

(0,03 de methylarsinat de sodiu pe
lingură).

130 lei flaconul pentru tratament de 15
zile (adultți), 20 zile (copii).

*Inapetență—slăbiciune—deblitate
generală—cachexie.*

**Sub cele trei forme „Phosphatul Pinard“ se amestecă
cu laptele fără a-l descompune, avantaj capital în trata-
mentul copiilor și sugacilor.**

N. B.—Se recomandă a se prescrie „Phosphatul Pinard“ simplu alternând
cu Phosphatul Pinard irradiat sau cu Phospharsylul (8 zile unul 8 zile altul).

Reprezentant general pentru România:

RENÉ DUNOD

Str. Toamnei, 103.

UN NOUVEAU PROBLÈME RÉSOLU PAR
SANDOZ

„CALCIUM-SANDOZ“

(Gluconate de calcium pur)

RÉNOVATION DE LA CALCITHÉRAPIE

PAR VOIE GASTRIQUE ||| Injectable par voie veineuse et
insipide et assimilable ||| INTRAMUSCULAIRE à doses
thérapeutiques efficaces

Principes actifs purs „SANDOZ“

GYNERGENE

(ERGOTAMINE)

BELLAFOLINE

SCILLARENE

BCU Cluj / Central University Library Cluj
Associations de principes actifs purs :

FELAMINE

BELLADENAL

IPECOPAN

Les produits „SANDOZ“ peuvent être délivrés sur prescription
médicale par toutes les pharmacies du pays.

Dépositaire: Drogheria D. NESTOR.— Calea Moșilor 51, București

Fabrique de produits
chimiques, ci-devant
SANDOZ



BÂLE (Suisse)
PARIS et ST.-LOUIS
(France)

C R O N I C A

D-l Prof. Agr. Th. Fischer-Galați expune raporturile cari există între *Kerato-conjunctivita eczematoasă și tuberculoza atenuată* și între *Cataractă și glandele endocrine*.

„Prin eliberarea toxinelor în cazul unui individ sensibilizat se produce un soc anafilactic cu semne de iritație pe locul de intrare al germenului infecțios — așa că pustula, flictena de pe ochiul individului, ce vedem, este focarul de reacție pe locul unde s-a produs infecția și de unde baccilul tuberculos a fost târât de leucocitele mobile cu nucleul polilobat în circulația limfatică sau sanguină”; și mai departe „cataracta pubertală este patognomonică de un dezechilibru hormonal, datorit glandei pubertale și copiilor, cari o prezintă, cași celor mai în vârste, trebuie să le recomandăm legătura vaselor deferente sau o altă operație analoagă care să activeze încreștina glandelor germinative atunci când opoterapia s-a dovedit insuficientă”.

D-l L-Col. Dr. I. Sărdărescu expune chestiunea *Gravidității în raport cu glicosuria și diabetul*: Glicosuria întâlnită la femeile gravide este datorită unei măriti a permeabilității renale, rinichiul având pragul scoborât pentru glucoză, iar nu unei insuficiențe pancreatice; — dar la femeile gravide avem și creșterea zahărului în sânge, deci o hiperglicemie, din cauză că țesutul foetal are nevoie a consuma mult zahăr și corpul trebuie astfel a-l procura din rezervele sale; de asemenea și pentru-că glandele mamare se prepară din vreme a fabrica lactosa, pe care nu o poate lua decât din sânge, care iarăși trebuie săturat de glicoză, din care se fabrică lactosa; — uneori însă femeile gravide au și un pancreas bolnav, insuficient și atunci ele sunt în stare de diabet, care prezintă o gravitate extremă și pentru foet și pentru mamă și impune imperios în locul avortului de altă dată tratamentul modern cu insulină.

D-nii D-ri Conf. State Drăgănescu și C. Iordănescu expun rezultatele favorabile obținute în o serie de cazuri, precum și metoda întrebuintată a *Tratamentului nevralgiilor faciale prin electroionizarea cu aconitină*: în soluția de clorhidrat de aconitină 0.02% în apă destilată se înmoae un electrod învelit într'un strat de vată hidrofilă gros de 1—1½ ctm., electrod activ, care se pune în contact

cu polul pozitiv al sursei de curent (curent strict continuu produs de elemente prevăzute cu un reductor de potențial, care să mărească gradat intensitatea) și se aplică pe regiunea dureroasă; — electrodul celalt înmuiat în apă destilată călduță se aplică în regiunea sub-occipitală; — electrozii se mențin pe loc prin banda de cauciuc; — se poate crește intensitatea curentului cât poate suporta bolnavul, dar gradat; — durata ședințelor a fost de 20-30 minute și ele s-au repetat în fie-care zi; — durerile sunt calmate de obicei dela a 4-a sau a 5-a ședință, dispar dela a 10-12 ședință, dar trebuiesc continuate până se împlinesște o serie de 20 ședințe; — dacă crizele reapar, deși ele nu vor mai avea acuitatea dela început, o nouă serie se impune.

Autorii recomandă a începe tratamentul acestei afecțiuni cu electro-ionizări cu aconitină; în caz de insucces a practica injecțiile cu alcool în ramurile periferice ale trigemenului și în extremis a recurge la neurotomia retro-gasseriană, adică la secțiunea rădăcinei posterioare a ganglionului lui Gasser.

D-ra Dr. R. Hirsch publică observ. unui caz de *Eritem nodos cu streptococemie*, în care adică a reușit să descopere în sânge streptococul, agentul causal al afecțiunii; ceea ce se obține foarte greu, pentru-că microbul trece în sânge numai la începutul boalei, când nu avem bolnavul la îndemână, și în mod cu totul efemer, când determină o simplă bacteriemie iar nu o septicemie durabilă.

D-l Dr. Gh. Scripcă dela Giurgiu în tribuna, ce am deschis pentru apărarea intereselor profesionale cari privesc pe toți medicii, discută și face o serie de *Propuneri la ante-proiectul de lege pentru organizarea corpului medical*, cari merită a fi luate în cea mai de aproape considerare de către forurile competente.

Dr. M. Cănciulescu.