ANUL VIII-lea, No. 9—10. SEPTEMBRIE-OCTOMBRIE 1935.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

I. Pag.

Cronica 687

Prof. D-r S. NICOLAU: LIMFOGRANULOMATOZA SUBACUTA (BOALA LUI NICOLAS-FAVRE) 641

Prof. C. I. PARHON: RELATIONS DES GLANDES ENDOCRINES AVEC LA TENEUR EN EAU DU SANG, DES ORGANES ET DES TISSUS 655

S. THEODORESCU și M. BLUMENTAL: CONTRIBUȚIUNI LA STUDIUL RELATIUNILOR INTRE PARAPSORIASIS-UL „EN GOUTTES" SI TUBERCULOZĂ. VINDECARE PRIN TUBERCULINĂ 660

V. FOTIADE: OTITELE MEDII SUPURATE LA SUGARI *(urmare)* 665

A. BANCIU și M. BLUMENTAL: INCERCARI DE INOCULARE A LIMFOGRANULOMATOZEI (BOALA NICOLAS-FAVRE) LA OM 676

TRAIAN KATZ-GALAȚI: CONTRIBUTIUNI LA STUDIUL CALCULILOR PROSTATICI 680

P. COPACEANU și STAMATE LEȚU: TRATAMENTUL HEMOPTIZIILOR TUBERCULOASE PRIN ROSU DE CONGO 691

AUREL MOGA: SINDROM ATIPIC DE ADAMS-STOKES INTR'O DISOCIATIE COMPLETA CU EXTRASISTOLE VENTRICULARE. ACTIUNEA CLORUREI DE CALCIU ASUPRA RITMULUI CARDIAC 695

DORCA EUGEN: UN CAZ DE TROMBOFLEBITA SIMETRICA SCARLATINOASA 704

EUGENIA NICOLESCU: REZULTATE COMPARATIVE INTRE REACTIUNEA MEINICKE SI MUTTERMILCH 707

EUGENIA NICOLESCU: REZULTATELE CERCETARILOR DE LABORATOR LA SERVICIUL SANITAR AL JUDETULUI VÂLCEA 709

STELIAN POPESCU: REGULI DIETETICE IN TURBURARILE DIGESTIVE ALE SUGARULUI 712

FOLKLOR MEDICAL

V. GOMOIU: LE FOLKLORE MEDICAL DANS LES PAYS BALKANIQUES . . . 715

EUGENIE

I. VASILESCU-BUCIUM: EUGENIA SI INOIRILE CODULUI PENAL 726

(Urmare pag. 2-a cop.)

40.694. SCRISUL ROMANESC, CRAIOVA

DIN TRECUTUL MEDICINEI LEGALE ROMÂNEŞTI

Pag.

T. VASILIU: ASASINAREA LUI BARBU CATARGIU 729

ORGANIZARE SANITARA

VASILE I. CAMENIŢA: DESPRE ACTUALA SI VIITOAREA ORGANIZARE SANITARA CÂTEVA — CONSTATARI SI DEZIDERATE 734

II.

ANALISE

A. — SOC. ŞTIINŢIFICE — PERIODICE MEDICALE — CONGRESE

Biologie - Med. Experimentală... pag. 737. — *Cancer...* pag. 740. — *Chirurgie...* pag. 740. — *Dermatologie - Sifiligrafie...* pag. 741. — *Digestive - Nutriţie...* pag. 742. — *Hematologie...* pag. 743. — *Igienă socială...* pag. 744. — *Infecţioase...* pag. 746. — *Medicina militară...* pag. 750. — *Neurologie - Endocrinologie...* pag. 752 — *Plămâni...* pag. 755. — *Stomatologie...* pag. 756. — *Terapeutică...* pag. 757. — *Urologie..* pag. 762. — *Diverse...* pag. 765 765

B. CARŢI — MONOGRAFII

V. VOICULESCU: TOATE LEACURILE LA INDEMANA. — Fund. culturale „Principele Carol", Bucureşti, 1935, 1 vol. de 336 pag., 30 lei 767
Rec. de *M. Canciulescu.*

POMPEI GH. SAMARIAN: MEDICINA SI FARMACIA IN TRECUTUL ROMÂNESC — 1382—1775. Vol. 442 pagini, Tip. „Moderna" Călăraşi-Ialomiţa, 1935 769

V. TEMPEA şi M. LAZEANU: MENINGITA OTOGENA — Bucureşti, 1935 . 772
Rec. de *I. Rosenstein*

CONSTANTIN STANCA: CANCERUL UTERIN — Cluj 1935 770
Rec. de *R. Hirsch*

I. BISTRICEANU: TUMORILE GLANDELOR TIROIDE SI PARATIROIDE — 44 pag. cu 25 fig., Tip. Universul, Bucureşti 1935 771

G. RĂDULESCU-CALAFAT: CE ESTE BRUCELOZA ANIMALA SI UMANA DIN CAPITALA — Broşură 15 pag., Ed. „Marvan" 1935, Bucureşti 773
Rec. de *„M. M. R."*

III.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Cursurile de perfecţionare dela Sovata 774
O vizită la Institutul de boale mintale nervoase şi endocrinologice din Bucureşti . 776
Darea de seamă asupra congresului societăţii medicilor amici ai vinurilor din Franţa 777
Populaţia României pe naţionalităţi 779
Studii de Eugenie şi Biopolitică 780

CARŢI STRAINE

D-ri RENÉ FRANQUET et B. GINSBOURGH: ABREGÉ DE PATHOLOGIE EXPERIMENTALE, 1 vol. de 400 pag., Vigot-Frères, Paris, 1936; preţ 30 fr. 782

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANUL AL VIII-lea. No. 9-10/1935.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

COMITET DE PATRONAJ:

Prof. C. Angelescu—Prof. C. Daniel—Prof. D. Danielopolu—Prof. D. Gerotă
Prof. C. Levaditi—Prof. G. Marinescu—Prof. I. Nanu-Muscel

DIRECTOR ŞI PRIM REDACTOR:
Docent Dr. M. Cânciulescu.

COMITET DE REDACŢIE:

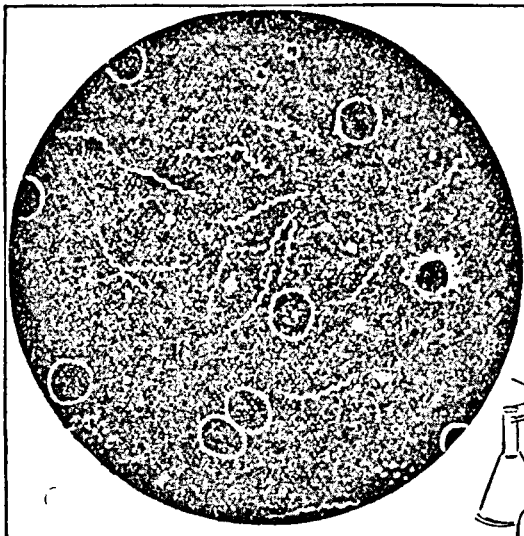
Anat. Patologică: Prof. T. Vasiliu.
Bacteriologie: Conf. D. Combiescu.
Cardiologie: Agr. B. Theodorescu.
Cancer: Agr. A. Babeş - Conf. E. Crăciun.
Chirurgie: Prof. Iacobovici - Agreg. I. Jianu - Agreg. T. Nasta.
Chimie biologică: Agreg. V. Ciocâlteu.
Dermato-Sifiligrafie: Prof. S. Nicolau, V. Drăgoescu.
Căi digestive: Doc. I. Pavel - Agreg. D. Simici.
Endocrinologie: Prof. C. Parhon.
Farm.-Terap.: Agreg. G. Băltăceanu.
Genito-Urinare: Prof. N. Hortolomei.
Ginec.-Obstetrică: Doc. E. Mateescu-I.
Infecţioase: Prof. M. Ciuca, Prof. A. Slătineanu.
Istoria medicinei: Prof. V. Bologa.
Laborator clinic: R. Hirsch.
Med. Socială: Insp. San. V. Popescu.
Med. Exper.: Prof. C. Ionescu-Mihăeşti, S. Nicolau (Inst. Pasteur-Paris).
Medicina Legală: Prof. M. Kernbach.
Medicina Militară: Gl. A. Vasilescu, Col. G. Diamandescu.
Neurologie: Conf. St. Drăgănescu, Conf. I. Niculescu, Agr. D. Paulian.
Oftalmologie: Prof. D. Michail.
Oto-rino-laringologie: Conf. V. Tempea, Doc. I. Ţeţu, Doc. D. Vasiliu.
Pat. Internă: Prof. I. Enescu, Prof. I. Haţieganu, Prof. N. Lupu.
Parasitologie: Prof. G. Zotta.
Pediatrie: Prof. M. Manicatide.
Phisioterapie: Prof. P. Niculescu.
Radiologie: Prof. D. Negru, Doc. A. Georgescu, Doc. E. Lazeanu.
Tuberculoza: Doc. S. Iagnov, Doc. M. Nasta.

Secretari de Redacţie: I. Rosenstein — I. Vasilescu.

COLABORATORI:

Gh. I. Alexiu; M. Baculescu; V. Bistriceanu; N. Blat; V. Cerchez; Al. Crăiniceanu; I. Daniel; Alex. Daniel; Dumitrescu-Mante; V. Dimitriu; I. Gavrilă; I. Glăvan; Prof. I. Goia; M. Goldstein; E. Hesselmann; N. Ionescu-Sisești; A. Iancu; Trifon-Lichter; Prof. I. Minea; H. Makelarie; L. Mayersohn; I. Marcu; G. Marinescu; Prof. Mraczek; Prof. C. Mihailescu; D. Noica; I. Nicolau; Medea Niculescu; Gh. Niculescu; G-ral I. Pârvulescu; I. Plăcinteanu; M. Popper; Popescu-Buzău; A. Radovici; A. Rusescu; M. Săceanu; L.-Col. Sărdărescu; T. Saragea; H. Slobozianu; C. Stanca; L.-Col. Stroian; Prof. M. Sturza; Dan Teodorescu; Prof. I. Tudoranu; Prof. Ţeposu; Prof. C. Urechia; P. Vancea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Solu-Salvarsan

BCU Cluj / Central University Library Cluj

produsul nou salvarsanic, injectabil intramuscular şi intravenos

Trei avantaje importante

Toleranţă perfectă / Soluţie stabilă, gata preparată, prin urmare uşor şi repede de utilizat / Preţ convenabil.

Efectul terapeutic şi toleranţa egală cu NEOSALVARSAN, preparatul standard şi renumit în toată lumea, (produsul original 914 Ehrlich)

»Bayer-Meister Lucius«

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţii generali pentru România:
„Pharma" Studerus & Co., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Telefon 3-9285 şi 3-9286

CRONICA

In decursul celor 8 ani de apariţie a acestei reviste, urmărind contribuţia românească în periodicile şi în manifestările medicale de peste graniţe — am constatat cu multă satisfacţie creşterea atât cantitativă cât mai ales calitativă a lucrărilor româneşti.

Este deajuns să amintim interesantele rapoarte publicate sau semnalate în acest număr, prezentate de medicii români, în ultimele luni numai, la al IX-lea Congres internaţional de Dermatologie dela Budapesta, la Congresul internaţional de Istoria Medicinei dela Madrid, la Congresul internaţional de medicină şi farmacie militară ţinut la Bruxelles, la Zilele medicale dela Bruxelles, la al XXXV Congres al Asoc. franceze de Urologie, la al VII Congres internaţional de Thalassoterapie şi climatologie ţinut la Saint-Sebastien, etc.

Făcând această îmbucurătoare constatare suntem totuşi îndreptăţiţi să exprimăm un regret şi o dorinţă:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este desigur bine şi frumos pentru medicina românească să treacă peste graniţe. Sunt lucrări cari merită să aibă o difusiune internaţională, prin valoarea şi originalitatea cercetărilor. Dar şi viaţa noastră medicală internă se cere organizată şi stimulată.

Se simte tot mai mult lipsa unei activităţi care să ţină pe medic în permanent contact cu centrele de activitate universitară şi care să creeze pentru corpul medical românesc o activitate „post-universitară"! Medicul, ca să fie la înălţimea rostului său social, trebue să fie în permanenţă în contact cu pulsul medicinei generale şi desigur în primul rând cu al „medicinei naţionale". Şi acest contact nu-l pot creia decât Congresele naţionale pe specialităţi, zilele medicale, cursurile de perfecţionare la care să participe cât mai mulţi medici, revistele şi manualele didactice medicale româneşti, pe care să le citească iarăşi cât mai mulţi membri ai Corpului medical românesc.

Şi în primul rând nivelul „Provinciei medicale" trebue ridicat; iar aceasta nu se poate face decât prin organizarea şi intensificarea „Reuniunilor regionale".

*

Publicăm în acest număr o parte din rapoartele şi comunicările prezentate de şcoala dermato-sifiligrafică din Bucureşti a D-lui Prof. S. Nicolau, la al IX-lea Congres internaţional de Dermato-Sifiligrafie din Budapesta ţinut în cursul lunei Sept. 1935.

Autorii români au putut prezenta un bogat material şi interesante

cercetări în legătură cu limfogranulomatoza subacută (Boala lui Nicolas-Favre).

D-l Prof. D-r S. Nicolau a prezentat documentatul raport asupra **Limfogranulomatozei subacute (Boala lui Nicolas-Favre)**, pe care-l publicăm. Subliniem doar constatările cari privesc Ţara noastră şi anume, în primul rând difusiunea mare pe care această boală a luat-o la noi dela 1931 până în prezent. Numai în serviciile de specialitate din Capitală s'au totalizat în intervalul dela Ianuarie 1931 până în Sept. 1934 un număr de 1190 bolnavi atinşi de limfogranulomatoză subacută.

Impresionantul număr de bolnavi arătat face din această boală încă un flagel social de combătut, alături de celelalte boale veneriene.

Dela acelaş Congres şi din şcoala D-lui Prof. S. Nicolau publicăm lucrarea D-lor D-ri A. Banciu şi M. Blumetal asupra **„Incercărilor de inoculare a virusului limfogranulomatos la om"**, interesante cercetări experimentale făcute pe 6 bolnavi de această boală şi pe 155 sănătoşi. La indivizii atinşi de boala lui Nicolas-Favre inocularea cu material limfogranulomatos a produs aceleaşi efecte ca şi antigenul Frei; inoculările făcute la indivizi nelimfogranulomatoşi au rămas negative atât din punct de vedere local şi general.

Mai publicăm şi lucrarea D-lor D-ri S. Theodorescu şi M. Blumental: **Contribuţiuni la studiul relaţiunilor între parapsoriasis-ul „en gouttes" şi tuberculoză. Vindecarea prin tuberculină**, în care autorii după cercetări făcute pe 6 bolnavi şi cercetări de laborator, ajung la concluziile următoare: în parapsoriasisul „en gouttes", intradermo-reacţia cu tuberculină a fost pozitivă; — din 6 cazuri tratate cu injecţii de tuberculină, 3 s'au vindecat şi 3 s'au ameliorat; — vindecările se obţin în erupţiile mai recente; — din cercetările făcute reeşind relaţia între parapsoriasisul „en gouttes" şi tuberculoză, trebue precizată această relaţie, precum şi dacă este datorită formei obişnuite sau filtrante a infecţiei tuberculoase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

La „Zilele medicale din Bruxelles" ţinute în cursul lunei Iulie crt. D-l Prof. C. Parhon a ţinut o Conferinţă cu titlul **„Relations des glandes endocrines avec la teneur en eau du sang, des organes et des tissus"**, al cărei rezumat îl publicăm în numărul de faţă. Conferinţa este rezultatul unei serii de cercetări întreprinse de D-sa împreună cu elevii D-sale Mărza, Cahane şi Blinov în legătură cu deshidratarea treptată a organismului, care merge spre îmbătrânire. Ultima concluzie a autorului este că hidratarea unui organ arată o întinerire a lui, iar deshidratarea o îmbătrânire.

*

La Congresul internaţional de Istoria Medicinei ţinut la Madrid în luna Sept. curent, D-l D-r V. Gomoiu a prezentat un raport asupra: **„Folklorului Medical în ţările balcanice"**. Publicăm numai concluziile raportului. Din citirea acestuia se poate vedea vasta erudiţie a autorului şi orizonturile largi, prin cari priveşte folklorul medical, care ne dovedeşte că „spiritul ştiinţific a existat înaintea celei ce numim azi ştiinţă medicală".

Iar asupra cunoaşterei folklorului spune D-l D-r V. Gomoiu, aducând exemple concludente, „dacă i s'ar fi acordat todeauna mai multă a-

tenţie s'ar fi evitat medicinei multe reveniri şi zig-zaguri inutile... şi medicina ştiinţifică ar fi ajuns mai departe decât unde este azi".

Intelegători ai acestor adevăruri am deschis de la apariţia ei în această revistă un capitol special de folklor medical românesc şi am publicat cu precădere lucrările trimise.

*

D-l Prof. D-r C. Şumuleanu, dela fac. de medicină din Iaşi, luând parte ca delegat al M-terului Agriculturii a representat România la **Congresul al II-lea Naţional al Soc. Medicilor amici ai Vinurilor din Franţa,** care a avut loc la Béziers şi Montpellier, dela 25—28 Oct. 1934.

D-sa a făcut o detailată „Dare de Seamă" asupra acestui Congres în Revista medico-chirurgicală de la Iaşi, No. 5—6/934; precum şi în faţa Asoc. g-rale a medicilor, prin intermediul căreia a primit şi revista noastră Comunicatul, în resumat, ce prezentăm la pag. 777—79 ale numărului de faţă.

Din comunicările făcute în Congres se vede importanţa extraordinară ce se dă acestui produs şi indirect viticulturei, care constitue una din bogăţiile naturale ale Franţei şi a altor ţări, precum ţara noastră, pe care o vedem din raportul, ce d-l Prof. Şumuleanu a înaintat M-terului Agriculturii, ca fiind socotită a patra ţară producătoare de vin din Europa; — ceea ce îndreptăţeşte pe bună dreptate pe d-l raportor să propună înfiinţarea unei **Societăţi a medicilor amici ai vinurilor din România.**

In acest congres D-l Prof. Şumuleanu a prezentat împreună cu asistenţii D-sale, D-nii D-ri M. Botezatu şi Gh. Ghimicescu, 15 Comunicări relative la microdosagiul diverselor elemente (precum azotul total, amoniacul, nitraţii, acizii volatili, acizii lactic şi malic, nitriţii, potasiul etc.) din câte-va vinuri din România.

Luând cuvântul în diferitele reuniuni în numele celor câte-va sute de mii de viticultori români, cari cultivând o suprafaţă de mai mult de trei sute de mii hectare de vie nu ei sunt profitorii ci intermediarii speculatori, D-l Prof. Şumuleanu care a iniţiat mişcarea de apărare nu numai a vinului dar şi a acestor numeroşi producători de vin la noi, denunţă şi greutăţile de care are a se isbi în România proteguirea muncii lor, lupta trebuind dusă în primul rând contra plantării de hibrizi (producători direcţi), a falşificărilor şi desigur şi a amatorilor, cari pe lângă altă ocupaţie mai practică şi pe aceea de a cultiva câte-va pogoane de vie, pe cari de cele mai multe ori ne ştiind cum să le muncească şi nici cum să prepare vinul, pun în vânzare pe piaţa internă un produs, care este departe de a întruni virtuţile pe cari i le recunosc à priori cu cei interesaţi în causă şi apărătorii de bună credinţă prea entusiasmaţi.

Măsuri serioase de propagandă vor trebui astfel să fie luate, ca să se ajungă la a treia măsură propusă, aceia a unei „standardizări absolut indispensabile unui comerţ serios de vinuri" mai cu seamă pentru export.

*

Atragem atenţia asupra extensiunei, ce pare că a luat **Brucelloza (febra undulantă)** printre vacile de lapte, cari aprovizionează capitala; dar care a fost constatată şi în alte regiuni ale ţării, mai ales în Transilvania; boală care s'a întins şi la cei cari vin în contact profesional cu animalele infectate.

Asupra acestei epizotii a atras atenţia într'o broşură, ale cărei concluzii dăm la pag. 773, D-l D-r G. Rădulescu-Calafat, inspector veterinar, care cu această ocazie face şi istoricul complect al băntuirii printre vite şi oameni ai brucellozei în ţara românească; iar o descriere complectă a boalei, din punct de vedere epidemiologic, clinic şi profilactic, face D-l Lt. Colonel C. Popescu într'un articol publicat în Rev. Şt. Medicale No. 7/935, articol reprodus de autor şi în cartea „Epidemiologia şi profilaxia boalelor infecţioase în mediu civil şi militar" ce publică cu D-l Cpt. D-r Gh. Panaitescu; — Carte de mare valoare, despre care vom spune tot binele în recensia ce-i vom face în numărul următor al revistei.

*

La pag. 745, precum şi la pag. 780—81 prezentăm câte-va lucrări de ordin social, publicate de D-l D-r P. Râmneanţu, singur şi în colaborare, în Buletinul de Eugenie şi Biopolitică de sub conducerea atât de competinte în această materie a D-lui Prof. I. Moldovanu de la Cluj.

Greutăţile cu cari se fac acest fel de anchete sociale, a căror importanţă pentru măsurile de ordin eugenic privitoare la populaţia ţării noastre trebueşte subliniată, le ridică valoarea.

In aceiaşi ordine considerăm conclusiile de ordin statistic ce trag D-nii Prof. D-r G. Proca, când în lucrarea **Tuberculoza în 1934**, ce recensăm la pag. 755, denunţă un „declin al tuberculozei" în special la oraşe; şi D-l D-r G. Banu, când în lucrarea **Populaţiei României pe naţionalităţi**, ce presentăm la pag. 779—80, afirmă că în ultimii 20 ani excedentul natural românesc creşte, în timp ce cel minoritar scade sau rămâne staţionar.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu toată reserva ce ne impun datele statistice, mai cu seamă româneşti, autoritatea autorilor impune valabilitatea acestor constatări.

D-r M. Cânciulescu

SPASMOSÉDINE

PENTRU TERAPEUTICA CARDIO-VASCULARA

Primul sedativ şi antispasmodic special pus la punct.

1—2 comprimate glutinizate la prânz şi seara înainte de masă timp de 15 zile pe lună.

Phenylethylmalonylurée . . . 0 gr.015
Bromhidrat de chinină. . . . 0 gr. 05
Ex. Crataegus stab . . . . . 0 gr. 05
Excipient.

Palpitaţii. Extrasistole. Instabilitate cardiacă. Toate turburările consecutive spasmelor vasculare ale hipertensiunei (cefalee, vâjâeli, vertije, ameţeli). Algii precordiale.

Laboratoires **DEGLAUDE, 6 rue d'Assas Paris**

Reprezentant: L. Melamed & Co, Calea Serban-Vodă 41, Bucureşti

LIMFOGRANULOMATOZA SUBACUTA
(Boala lui Nicolas-Favre)

Raport prezentat în şedinţa din 18/IX a celui d'al IX-lea Congres Internaţional de Dermato-sifiligrafie din Budapesta (13—21 Sept. 1935)

de

Prof. D-r S. NICOLAU

Nicolas, Favre şi Durand au avut marele merit de a recunoaşte, în grupul buboanelor inguinale, un tip morbid a parte pe care l-au descris în 1913, sub numele de *„Limfogranulomatoză inguinală subacută"*, distingându-l astfel definitiv de afecţiunile cu care fusese până atunci confundat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Revelaţiunea unei boale noi în domeniul venereologiei, în care observaţia clinică părea a-şi fi spus ultimul cuvânt, explică interesul deşteptat în lumea întreagă de această descoperire, cât şi numărul considerabil de lucrări la care ea a dat naştere. Graţie acestor lucrări şi mai ales metodei de diagnostic biologic, preconizată între timp de către Frei, s'a putut demonstra, între altele, că cadrul acestei afecţiuni este mult mai întins decât s'a crezut la început. Alături de forma *„ganglionară"*, inguinală, descrisă de maieştrii lionezi, alte manifestaţiuni morbide, ca: *ulcerul vulvar cronic*, cu sau fără *elefantiazis* vulvar şi *ano-rectita*, ca să nu vorbim de cât de cele mai importante, au fost recunoscute ca aparţinând aceleaşi boale. Din acest moment, termenii de „limfogranulomatoză inguinală" sau cel de „poradenită inguinală", primitiv întrebuinţaţi, au devenit insuficienţi şi mai ales ne potriviţi pentru a caracteriza manifestaţiuni cu totul străine de localizarea ganglionară şi de sediul inguinal. Pentru mai multă preciziune în vorbire, propunem a se adopta denumirea de *„Limfogranulomatoză subacută"*, pentru a se desemna boala în general, adăugându-i-se, după cazuri, pentru a specifica localizările sale, calificativele topografice de: *„inguinală"*, *„vulvo-vaginală"*, *„ano-rectală"*, şi, în cazurile mai complexe de asociere a acestor două din urmă forme, acela de *„genito-ano-rectală"*.

Desvoltarea căpătată astăzi de chestiunea limfogranulomatozei

este aşa de mare şi problemele pe care le ridică această boală sunt atât de numeroase încât ar fi într'adevăr cu neputinţă să fie atinse toate, în cadrul forţamente restrâns, al acestui raport. Obligaţi de a face o alegere, vom elimina din expunerea noastră orice fapt referitor la simptomatologie, la diagnosticul clinic şi anatomopatologic, chestiuni suficient de bine cunoscute, astăzi, în marile lor linii, pentru a ne consacra în mod special, capitolelor încă în studiu, privind epidemiologia, etiologia, patogenia, diagnosticul biologic şi terapeutica afecţiunei.

1) EPIDEMIOLOGIE

Limfogranulomatoza este o affecţiune răspândită actualmente pe toată suprafaţa globului. Cu toată ubicuitatea sa, boala este departe de a prezenta peste tot o frecvenţă egală. Se pare că ea a fost totdeauna mai răspândită în regiunile tropicale şi subtropicale, ca: coasta Zanzibarului, Madagascar, Uganda, coasta occidentală a Africei, în Egipt, Ceylan, Indii, Tonkin, insulele Caroline, Sandwisch, Filipine, Bornea, Java, etc., unde natura sa a rămas multă vreme ignorată, boala fiind cunoscută sub numele de „bubon climatic" şi considerată ca o afecţiune cu totul a parte de limfogranulomatoză. Cercetările din ultimii ani au permis, graţie practicei încrucişate a reacţiunei Frei (Hellerström) şi inocălărilor experimentale la maimuţă şi şoarece (Findlay), să se rectifice această eroare, demonstrându-se identitatea boalei tropicale cu cea descrisă în Europa de autorii lionezi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După Zur Verth, în ţările calde „bubonul climatic" ar fi singur mai frequent decât buboanele tuturor celorlalte afecţiuni venerice reunite. Numeroşi autori, ca Fischl, Kleeberg, Löwenstein, etc., consideră că regiunile tropicale au fost leagănul limfogranulomatozei, de unde ea ar fi fost apoi transportată prin intermediul navigatorilor în marile porturi ale continentului nostru, şi de acolo difuzată, mai ales după răsboi, în interiorul ţărilor. In marina germană, Ruge a putut înregistra între anii 1859 şi 1932, nu mai puţin de 2000 de cazuri de „buboane climatice", morbiditatea ridicându-se, pentru marinarii care rămăsese un timp mai îndelungat în colonii, până la 10—15%. Pe 105 bolnavi observaţi de Ruge jun. la Institutul naval pentru studiul boalelor tropicale din Hamburg, între anii 1925 şi 1929, 94% din ei contractase boala în ţările calde şi mai ales în Indiile Olandeze. Pe de altă parte, pe 132 de cazuri observate de Hellerström în Suedia, infecţia nu părea a recunoaşte o origină autochtonă decât numai la 32 din bolnavi. Cele câteva date pe care le-am citat par a justifica, într'adevăr, rolul atribuit aportului exotic în difuziunea actuală a infecţiunei, cel puţin în Europa. Dacă aceasta pare să fie origina boalei, nimic nu autoriză însă a conchide că importaţia sa ar fi de dată exclusive recentă, căci existenţa sa, poate fi uşor recunoscută în scrierile lui Hunter (1786), lui Chassaignac (1859), lui Velpeau, lui Nélaton, şi mai în urmă în acele ale lui Marion şi ale lui Gandy, etc. Din nefericire, este imposibil a avea pre-

ciziuni asupra frecvenţei boalei la acea epocă, buboanele limfogranulomatoase fiind pe atunci conffundate cu buboanele strumoase sau şancroase. Numai după memorabilile lucrări ale şcoalei lioneze şi mai ales după descoperirea intradermoreacţiunei lui Frei, care a dat o bază sigură diagnosticului şi a permis în acelaş timp cunoaşterea formelor încă ignorate ale limfogranulomatozei, studiul acestei boale a putut fi întreprins pe fapte precise şi s'au putut reuni documente valabile privind epidemiologia sa. Aceasta explică penuria datelor ce posedăm încă, pentru moment, în această materie.

Prima încercare importantă pentru studiul epidemiologic al boalei lui, Nicolas-Favre o datorim lui Hellerström. In urma unei anohete internaţionale întreprinsă în 1932, acest autor a putut totaliza după răspunsurile date de 150 de clinici dermato-venereologice (din cele 350 întrebate), din lumea întreagă, un număr de 1636 cazuri de limfogranulomatoză inguinală şi 215 de estiomene. Această vastă anchetă, cu tot numărul mare de abstenţiuni, confirmă quasi-ubicuitatea actuală a boalei şi demonstrează în acelaş timp inegalitatea frecvenţei sale după ţări şi, uneori, chiar după localităţile unei aceleaşi ţări. Iată câteva date, împrumutate acestui autor, cu privire la câteva ţări Europene.

Aşa de ex. în *Suedia* găsim semnalate pentru intervalul coprins între 1927 şi 1932, 132 de cazuri, dintre care 75 la Stockholm. In *Danemarca*, Jersild a putut înregistra între 1928 şi 1932, 35 de cazuri. In *Finlanda*, numărul cazurilor observate între 1929 şi 1932, a fost numai la Helsingfors de 100. In *Germania*, boala n'a început să fie mai frecventă, după Ruge, decât după 1911, cu toate că la acea epocă ea nu depăşea 0,40% din morbiditatea generală. Aproape dispărută în timpul răsboiului şi în cei câţi-va ani care i-au succedat, boala începu din nou să-şi facă apariţia pe la 1924, pentru a deveni în 1927 de 27 de ori mai frecuentă decât în 1911. Actualmente, Frei socoteşte între 300 şi 400 totalul anual al cazurilor în Germania, cu două centre mai importante: Berlin şi Breslau.

In *Franţa*, boala s'a înmulţit de asemenea în ultimii 20 de ani, mai ales la Paris şi Lyon. Ravaut a putut observa în serviciul său, în interval de un singur an (1931—1932), nu mai puţin de 67 de cazuri de limfogranulomatoză inguinală. De asemenea, Schulmann semnalează în serviciul său, 26 de cazuri pentru o perioadă de 6 luni.

In *Spania*, numărul cazurilor observate între 1926 şi 1932 a fost de 161, dintre cari 103 la Madrid, 35 la Saragosa şi 23 la Barcelona.

In *Serbia*, au fost observate 179 de cazuri, la Belgrad, între anii 1927 şi 1932. Pentru celelalte ţări din Europa, datele lipsesc sau sunt manifest incomplecte.

Dăm, în fine, pentru a termina, câteva detalii relativ la situaţia limfogranulomatozei în ţara noastră. Dacă este greu de a se preciza exact epoca în care această boală şi-a făcut apariţia în România, se poate afirma cu certitudine existenţa sa cel puţin în ul-

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

timii 30—40 de ani. Intr'adevăr, medicii generaţiunei noastre au cunoscut întotdeauna această formă de adenită cu evoluţie torpidă, cu fistule interminabile, al cărui tablou se superpunea perfect aceluia care astăzi ştim că aparţine limfogranulomatozei inguinale, şi care atunci, conform ideilor timpului, erau etichetate ca adenite strumoase. Reacţiunea Frei ne aduce de altfel, din când în când, o confirmaţie retrospectivă a acestor infecţiuni îndepărtate. De când practicăm în mod sistematic această reacţiune la toţi bolnavii ce intră în serviciul nostru, nu e rar să ni se întâmple să întâlnim reacţiuni pozitive, nejustificate în prezent, şi care nu sunt altceva decât o mărturie postumă a naturei limfogranulomatoase a unuia din aceste buboane nerecunoscute, şi pe care bolnavii ne declară că le-au avut cu 10, 15, 20 înainte, şi, într'un caz, chiar cu 34 ani. (cazul unui confrate).

Ori cum ar fi lucrurile, boala n'a început să se înmulţească, în ţara noastră, decât către anul 1922. Din acest an ea a urmat unm ers lent progresiv până în 1931, când face o săritură bruscă şi sfârşeşte prin a lua un adevărat caracter epidemic, *atingând astăzi, după cum se va vedea îndată, proporţii care depăşesc cu mult pe cele observate în alte părţi.* Complectând cu ocazia acestui studiu statisticile noastre personale cu datele obţinute dela celelalte servicii de specialitate din Bucureşti, *am putut totaliza numai în acest oraş, pentru intervalul cuprins între Ianuarie 1931 şi Septembrie 1934, un număr de 1190 bolnavi atinşi de limfogranulomatoză subacută,* dintre care 965 bărbaţi şi 225 femei. Din acest număr, 199 cazuri aparţinea clinicei dermatosifiligrafice şi serviciului său anex de consultaţii externe; 270 spitalului militar Central; 239 spitalului Colentina şi 482 dispensarului central al Casei muncei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Impărţit pe ani, numărul de mai sus se descompune astfel: 161 pentru anul 1931; 282 pentru 1932; 432 pentru 1933 şi 315 pentru primele 8 luni ale anului 1934, dată la care statistica noastră se opreşte. Ţinem să adăugăm că din Septembrie 1935, boala a început să manifeste o scădere ce depăşeşte variaţiunile observate la epocile corespunzătoare a anilor precedenţi. Este însă prematur a afirma dacă este vorba aci de o diminuare temporară sau definitivă.

Observaţiile noastre nu ne-au permis să confirmăm o predilecţie netă a boalei pentru sezonul de vară, aşa cum a fost afirmat de unii autori. Iată de altfel mijlocia distribuţiei cazurilor noastre, după luni: Ianuarie, 140 cazuri; Februarie, 101 cazuri; Martie, 93; Aprilie, 100; Mai, 71; Iunie, 118; Iulie, 129; August, 71; Sept., 107; Oct., 82; N-brie, 79 şi D-brie, 99.

Formele clinice în raport cu sexul erau următoarele:

BĂRBAŢI: *adenopatii inguinale* 950 cazuri (din cari 419 drepte, 466 stângi şi 75 bilaterale); *adenopatii submaxilare* 2 cazuri (infecţii bucale); ulcere *cronice peniene* 5 cazuri, şi *stricturi* anorectale 8 cazuri.

FEMEI: *adenopatii inguinale* 57 cazuri (din care 18 dr., 33 stg. şi 6 bilaterale); *ulcere cronice vaginale pure* 40 cazuri; *ulcere cronice cu elefantiazis vulvar* 68 cazuri; *stricturi anorectale pure*

22 cazuri şi leziuni combinate ano-recto-vaginale (sindromul lui Yersild), 38 de cazuri.

Vârsta bolnavilor noştri varia între 16 şi 60 de ani, afecţiunea atingând maximul de frecvenţă (86%) între 20 şi 30 ani. N'am observat nici un caz la copil.

Cifrele exprimate mai sus confirmă predilecţiunea boalei pentru sexul masculin semnalată de toţi autorii. Procentul morbidităţei la cazurile noastre era într'adevăr de 16½ ori mai ridicat la om decât la femee pentru limfogranulomatoza inguinală, dar trebue să adăugăm că acest procent se scobora numai la 3 dacă se considera boala în ansamblul manifestărilor sale. Raritatea bubonului limfogranulomatos la femee, atribuit de unii autori unei mai mici „reactivităţi" a sistemului său limfatic, ar putea să fie explicată şi prin faptul că la femee infecţia se produce adesea în teritorii genitale în legătură cu alte grupe ganglionare decât cel inguinal. Ori cum ar fi lucrurile şi chiar considerând limfogranulomatoza în totalitatea manifestărilor sale, această boală rămâne totuşi mai frecventă la bărbat. Faptul nu trebue să ne surprindă peste măsură dacă ne gândim ca în boala lui Nicolas-Favre „infecţiozitatea" bărbatului, după cum sperăm să demonstrăm îndată, este mult mai mică decât aceea a femeei, aceasta din urmă, graţie unora din manifestaţiunile sale morbide (ulcerul cronic în particular) jucând un rol mult mai important ca isvor de răspândire a boalei.

ETIOLOGIE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Limfogranulomatoza subacută este o boală infecţioasă specifică al cărui agent patogen, încă necunoscut morfologiceşte, este un virus „filtrabil" (Levaditi, Ravaut, Lépine şi Schoen), dar nu ultrafiltrabil (Levaditi). Infecţiozitatea limfogranulomatozei, perfect demonstrată prin faptele de contagiune clinică, este încă confirmată în mod experimental prin inocularea pozitivă a produselor limfogranulomatoase la om (Kinoshita, Matsuoka, Chevalier şi Bernard), la maimuţă (Hellerström şi Wassen), la şoarece (Levaditi, Ravaut, Lépine şi Schoen), etc. cât şi prin retroinocularea la om a creerului de maimuţe infectate cu material uman (Levaditi, Marie şi Lépine, Hellerström şi Wassen).

In clinică, transmiterea boalei se face în imensa majoritate a cazurilor, pe cale de raporturi sexuale normale şi câteodată prin raporturi anormale (pederastie, cunnilinguism). Origina sexuală a infecţiunei este suficient demonstrată prin sediul genital al accidentului iniţial, prin situaţiunea bubonului care ocupă un teritoriu satelit organelor genitale, prin predominenţa boalei în vârsta sexuală a individului şi, în fine, prin practica „confruntaţiunilor" care, de nenumărate ori au permis să se regăsească boala la organele genitale ale contaminatorului. Trebue însă să adăugăm că se cunosc un oarecare număr de infecţiuni limfogranulomatoase de origină nevenerienă, cea mai mare parte la medici, inoculaţiunea fiind ocazionată printr'o înţepătură operatoare. Mai cităm încă, cu titlul de cu-

riozitate, cele 2 cazuri de limfogranulomatoză inguinală, publicate de Lepinay şi Grevin, în care infecţiunea s'ar fi realizat printr'un mecanism nelămurit, la nivelul unor eroziuni traumatice a membrelor inferioare, cât şi cazul lui Lujan şi Rotter şi acela al lui Chevallier, Moricard şi Bernard, cu mecanism încă şi mai obscur, în care afecţiunea s'a desvoltat la copii care dormiseră în acelaş pat cu bolnavii limfogranulomatoşi.

Aceste câteva rare modalităţi de infecţie, nu scad însă câtuşi de puţin boalei lui Nicolas-Favre caracterul său de afecţiune venerică prin excelenţa şi, ca atare, ca îşi merită pe deplin denumirea de a *„4-a boală venerică"*, sub care este uneori desemnată.

ISVOARE DE INFECŢIUNE. Inoculările experimentale practicate mai ales la maimuţă au demonstrat virulenţa tuturor leziunilor limfogranulomatoase umane, adică: a accidentului iniţial (Löhe, Rosenfeld, Schlosberger şi Krumeich), a puroiului buboanelor (Hellerstrröm şi Wassen; Levaditi, Ravaut, Lépine şi Schoen), a estiomenei, (Löhe şi Rosenfeld, Koch) şi a ano-rectitei (Ravaut, Levaditi, Lambling şi Cachera).

Cu toată virulenţa lor comună, diferitele manifestaţiuni limfogranulomatoase nu par a juca, în practică, un rol egal în determinarea infecţiunei. Aşa fiind lucrurile, chestiunea care se pune este acea de a se căuta să se precizeze, pe cât se poate, locul ce revine fiecăreia dintre ele în ordinea nocivităţii. Ne găsim desigur aci pe un teren nou şi încă puţin explorat, dar al cărui studiu prezintă un interes de primul ordin pentru profilaxia publică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cele ce urmează vom încerca să precizăm ceeace observaţia clinică, ajutată de „confrufntaţiune", a putut să ne arate până în prezent, relativ la rolul ce trebue recunoscut diverselor leziuni limfogranulomatoase în răspândirea boalei.

Să începem cu *şancărul limfogranulomatos*. Cu toată contagiozitatea sa, perioada infectantă a acestei leziuni (dacă exceptăm bine-înţeles cazurile rari de şancăre prelungite, cu tendinţă la cronicitate, cum am publicat câteva exemple) este, la ambele sexe, din fericire, de scurtă durată, dată fiind tendinţa obişnuită la cicatrizare repede a acestei leziuni. Dacă exceptăm contaminările conjugale, care sunt ca să zicem astfel inevitabile, numărul contaminărilor întâmplătoare la care şancărul limfogranulomatos poate da naştere în scurta sa carieră, nu poate pentru motivul expus mai sus, decât forţamente restrâns.

Cu toate acestea nu e mai puţin adevărat că printre leziunile limfogranulomatoase ale bărbatului tot şancărul rămâne isvorul cel mai important de infecţiune.

Pentru a justifica această afirmaţiune, să trecem la studiul celorlalte leziuni limfogranulomatoase, cum ar fi de exemplu bubonul inguinal. Inainte de toate nu poate fi vorba de contagiune aci, atâta timp cât leziunea este închisă. Odată deschis s'ar părea că bubonul limfogranulomatos, prin durata sa îndelungată şi prin secreţiunile interminabile ale fistulelor sale trebuie să constitue, un

important isvor de infecţiune. Or, realitatea e cu totul alta. Lucrul se înţelege uşor dacă ne gândim de o parte la sediul paragenital al bubonului, iar pe de alta la condiţiunile puţin propice pe care tegumentul care se suprapune bubonului, în actul sexual, le oferă inoculărei, (exceptându-se bine înţeles cazurile de existenţa unor eroziuni anterioare).

Nu vrem, desigur, să negăm în mod absolut posibilitatea unei astfel de contaminări, dar dacă ea există, trebue să fie din cele mai rari, căci, personal, nu am întâlnit încă nici un caz în care să putem încrimina o infecţie cu punct de plecare ganglionar.

In ce priveşte leziunile *anorectale* şi ceeace vom spune este valabil pentru ambele sexe, posibilităţile lor de contaminare fiind în funcţiune de practicele sodomice, ele se găsesc, din această cauză, limitate la o categorie specială şi forţamente restrânsă de indivizi. Nu trebue să uităm, pe de altă parte, că avem aface aci, cu un isvor de infecţie practicamente circumscris „în timp", anorectita neîntârziind de a se însoţi de leziuni stenozante şi dureroase, care sfârşesc prin a face imposibilă practica unor astfel de raporturi.

Ne rămâne a mai vorbi acum de o leziune limfogranulomatoasă a femeei, anume de *ulcerul cronic vaginal,* pe care intenţionat am lăsat-o la urmă, pentru a face să reiasă şi mai bine importanţa sa. Prin sediul său vaginal, prin lunga sa durată şi prin marea sa frecvenţă în mediul prostituatelor, această manifestare merită într'adevăr o atenţie cu totul particulară printre isvoarele de răspândire ale boalei. Amintim cu această ocazie, că pe cele 225 cazuri de limfogranulomatoză feminină consemnate în statistica de mai sus, 146 de ori era vorba de ulcere cronice, fie singure, fie însoţite de leziuni vulvoanale. Pe de altă parte, aşa cum rezultă dintr'o statistică pe care am făcut-o la spitalul Colentina, pe numărul de prostituate internate între 1931 şi 1934 pentru diverse boale venerice, nu mai puţin de 4% din ele erau atinse de ulcer cronic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O serie de confruntaţiuni concludente pe care hazardul ne-a permis să le facem în ultimul timp, ne-au întărit în convingerea că, *din toate leziunile limfogranulomatoase, ulcerul cronic este acela care constitue isvorul cel mai important de răspândire al boalei.* Lucrul se înţelege de altfel uşor, această leziune de durată indefinită, conferind femeei bolnave, mai ales dacă este vorba de o prostituată, tristul privilegiu de a constitui un isvor nesecat, ca să zicem astfel, de infecţiune. Cele spuse ne permite în acelaş timp să înţelegem, cum am observat deja mai sus, frecvenţa mai mare a limfogranulomatozei la bărbaţi, o femee atinsă de ulcer cronic, fiind capabilă să facă singură, incomparabil mai multe victime decât ar putea să facă în acelaş interval un număr important de bărbaţi cu leziunile lor cu caracter în general fugace. Este prin urmare de cea mai mare importanţă pentru profilaxia publică ca ulcerul cronic să fie depistat cât mai de vreme posibil, atunci când el este încă susceptibil de vindecare, şi ca *femeile atinse de astfel de leziuni să fie în mod obligator reţinute în spital, până la complecta lor vindecare.*

Trebue însă să adăugăm că transmiterea limfogranulomatozei nu pare a se exercita în mod fatal, căci, în cazul contrar, dată fiind cronicitatea unor isvoare infectante, ca acela de care am vorbit, boala ar trebui să ia o răspândire şi mai mare decât acea pe care o manifesta în realitate. Rezultatele constant negative pe care le-am obţinut într'un număr oare-care de încercări de inoculare experimentată la om (Nicolau, 1931), în concordanţă cu rezultatele tot negative obţinute de alţi autori (Chevalier şi Bernard), în cea mai mare parte din încercările lor, par într'adevăr a demonstra că realizarea infecţiei ar reclama anumite condiţiuni, al căror determinism ne scăpa însă.

Deosebit de infecţiunile derivând din leziunile limfogranulomatoase propriu-zise, se mai admite încă posibilitatea unei infecţiuni limfogranulomatoase de origine *saprofitică,* femeea fiind presupusă capabilă de a găzdui în vaginul său germenii boalei şi de a transmite astfel infecţia, în absenţa oricărei manifestări morbide la ea.

Ca şi alţi autori, am putut şi noi observa un număr de bărbaţi atinşi de limfogranulomatoză recentă (şancăr sau bubon), fără ca examenul cel mai minuţios să ne fi permis a descoperi cea mai mică leziune, la partenera incriminată. Infecţiuni desvoltate în aceleaşi condiţiuni au fost de asemenea semnalate în urma raporturilor buco-vulvare. De curând am putut observa două asemenea cazuri din cele mai demonstrative.

Acest fel de infecţiuni, derivând dela femei cliniceşte indemne, e susceptibil de diverse interpretaţiuni. Prima hipoteză ce se prezintă spiritului este acea de a presupune că femeile în chestiune deşi bolnave în momentul raportului contaminant, leziunea lor aparţinând categoriei celor cu evoluţie repede, a putut dispare până în momentul confruntaţiunei. Această ipoteză care ar simplifica mult înţelegerea acestor infecţiuni de aparenţă misterioasă, n'are nimic de neverosimil dacă ne gândim de o parte, la fugacitatea obişnuită a accidentului iniţial limfogranulomatos, care adeseori, la femee, îmbracă tipul de „microşancăr" fără răsunet ganglionar, şi pe de altă parte la tardivitatea relativă a momentului când se recurge în general la practica confruntaţiunei. Tot cu privire la acest mod de a vedea ne-am mai putea gândi la posibilitatea unor leziuni profunde, *anexiale,* asupra cărora s'a atras atenţiunea în ultimul timp, germenii putând fi în acest caz, transportaţi în vagin prin secreţiunile uterine.

O a doua ipoteză de considerat ar fi aceea a unei supraviţuiri posibile a virusului, după vindecarea leziunilor, şi a persistenţei sale, un timp mai mult sau mai puţin îndelungat, în vagin, femeea devenind astfel o adevărată „purtătoare de germeni".

In fine, o ultimă ipoteză, s'ar mai putea încă admite că germenii limfogranulomatoşi, depuşi în vagin cu ocazia unui coit virulent, şi negăsind la femeea în cauză condiţiuni propice pululaţiunei lor, au putut continua să trăiască în stare „saprofită", adică fără a determina la ea nici o leziune vizibilă, dar perfect capabili de

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a-şi relua activitatea dacă sunt inoculaţi pe un teren ce le convine. Amintim cu această ocazie că Coutts ar fi reuşit să prepare cu secreţiunile femeilor, infectante fără leziuni, un antigen cu proprietăţi specifice. Aceste cercetări merită, dată fiind importanţa lor practică, să fie reluate pe o scară mai întinsă.

Este desigur prematur în starea actuală a cunoştinţelor noastre, de a pronunţa în mod hotărît pentru una sau alta din ipotezele enunţate. Ori cum ar fi lucrările, constatarea frecventă a reacţiunei Frei pozitivă la femeile intrând în categoria celor despre care am vorbit (Sezary, Schulmann, Nicolau, Clément Simon), ar pleda mai de grabă în sprijinul hipotezei unor leziuni trecute neobservate, căci ar fi greu să admitem o sensibilizare specifică a femeilor în chestiune, fără un conflict „activ", prealabil, între germen şi organismul lor.

Inainte de a închide acest capitol, dorim să mai atragem încă atenţiunea asupra unui alt isvor posibil de infecţiune, relativ la care nu posedăm ce e drept, pentru moment, de cât puţine documente, anume: izvorul bucal. Am putea cita, relativ la aceasta, 5 observaţiuni personale privind bărbaţi atinşi de limfogranulomatoză inguinală, la care infecţiunea, după toate aparenţele, nu putea recunoaşte altă origine de cât un coit bucal cu prostituate. Ţinem să adăogăm că partenera unuia din aceşti bolnavi, singura pe care am putut'o regăsi, nu prezenta, pentru moment, afară de o reacţie Frei pozitivă, nici adenopatii şi nici cea mai mică urmă de leziuni bucale sau genitale. Aceste infecţiuni cu punct de plecare bucal, asupra cărora Coutts a insistat deja, nu poate să ne mai mire de când cunoaştem posibilitatea localizărei bucale a şancărului limfogranulomatos (Buschke şi Curth, Curth, Perlstein, Nicolau).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONSIDERAŢIUNI PATOGENICE CU PRIVIRE LA PRINCIPALELE FORME ALE BOALEI

Limfogranulomatoza subacută se traduce, cum se ştie, prin manifestări de aspect şi localizări diverse. Din punct de vedere histologic aceste manifestări ar putea fi reduse la 2 tipuri principale, condiţionate în bună parte prin punctul de pătrundere al virusului, fapt care explică şi aspectul particular al boalei la cele două sexe: *formă ganglionară pură,* constituind ceea ce se chiamă „bubonul limfogranulomatos", leziune mai frecventă la bărbat, şi o *formă infiltrativă difuză* cu desvoltare ulterioară de abcese, ulceraţiuni, scleroze, etc., aceasta din urmă mai frecventă la femee, interesând la dânsa regiunea vulvo-vaginală sau anorectală, în mod izolat dar adesea asociat, şi la om anorectal. Rezultă astfel, după cazuri, tablouri clinice atât de diferite, în cât natura lor comună a putut fi atâta timp ignorată.

In rândurile ce urmează, ne propunem a da o scurtă privire asupra caracteristicei generale a principalelor manifestări limfogranulomatoase şi de a expune, în acelaş timp, în mod cât se poate de rezumat, noţiunile pe care le posedăm, pentru moment, relativ la mecanismul patogenic al desvoltărei lor.

Inocularea virusului limfogranulomatos la om, producându-se, în imensa majoritate a cazurilor, la organul genital, bubonul boalei lui Nicolas-Favre interesează aproape întotdeauna ganglionii inguinali, cărora li se asociază într'o proporţie importantă de cazuri, şi ganglionii grupului iliac. La femee, bubonul inguinal nu-şi face apariţia de cât în cazurile în care leziunea primară ocupă părţile exterioare ale regiunei vulvo-vaginale, inoculările vaginale superioare repercutându-se asupra altor grupe ganglionare mai profunde (Barthels şi Bibestein).

Bubonul limfogranulomatos odată desvoltat, după o perioadă de stare mai mult sau mai puţin prelungită, sfârşeşte prin a supura în focare multiple şi a se fistuliza, totul prezentând, după o scurgere de timp relativ lungă, o tendinţă la vindecare spontanee. Se pare deci că se produce cu timpul, la nivelul ganglionilor bolnavi, o reacţie de apărare, — care nu e lipsită de oare-care analogie cu cea observată de Levaditi, Ravaut, Schoen şi I. Levaditi, în urma inoculărei aceluiaşi virus în creerul maimuţei, — sfârşind prin distrugerea germenilor şi stingerea procesului morbid depinzând de ei. Sub acest raport se poate zice, cu drept cuvânt, că forma ganglionară a limfogranulomatozei prezintă un pronostic mult mai favorabil de cât acela al manifestaţiunilor infiltrative vulvo-vaginale şi rectale, de care vom vorbi îndată, şi care odată desvoltate, nu prezintă nici o tendinţă naturală la retrocedare. Aceste din urmă leziuni sunt prin urmare acelea care imprimă limfogranulomatozei caracterul său de gravitate particulară.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Cluj

Printre manifestările limfogranulomatoase ale femeei, *ulcerul cronic vulvo-vaginal* este acela care ocupă primul plan, din cauza frecvenţei sale. Patogenia acestei leziuni este din cele mai obscure. Ignorăm totul relativ la fazele sale începătoare, clinica punându-ne, cele mai adesea ori, în faţa unei ulceraţiuni deja constituite. De asemenea nu ştim dacă este vorba aci de o manifestare autonomă, primitivă, desvoltându-se pe contul său propriu, şi în acest caz căreia din fazele infecţiunei limfogranulomatoase ea aparţine sau dacă nu este de cât un fenomen secundar rezultând din transformarea unui alt tip de leziune care a precedat-o. Deşi e dificil de a emite încă o opinie definitivă asupra acestui punct, observaţiunea unor anumite fapte de analogie ne face să înclinăm către a doua hipoteză. Studiul urmărit pe care l'am putut face asupra desvoltărei a 3 cazuri de ulcere cronice peniene (manifestare pe care o considerăm ca echivalentul leziunei feminine în discuţie), permiţându-ne să stabilim o filiaţiune directă între aceste leziuni şi şancărul limfogranulomatos, ne întrebăm dacă nu e locul să invocăm aceiaşi patogenie şi pentru ulcerul cronic vaginal care n'ar fi astfel şi el de cât o emanaţie a accidentului iniţial. Conform acestui mod de a vedea, accidentul iniţial al femeei, împiedecat uneori să se vindece prin intervenţia unor cauze locale diverse, ca: murdărie, secreţiuni vaginale abundente, traumatisme sexuale (nu trebue să se uite că ulcerul cronic este apanagiul, prin excelenţă, al prostituatelor de rând) etc., s'ar transforma cu timpul, într'o

ulcerație torpidă, fără tendință la cicatrizare, capabilă de a progresa și a atinge, încetul cu încetul, porțiuni întinse ale mucoasei vulvo-vaginale, de a pătrunde în uretră, a perfora rectul și chiar băşica.

Ulcerul cronic vulvar poate rămâne timp îndelungat și chiar indefinit în stare pură, constituind în acest caz singura manifestare limfogranulomatoasă (cu sau fără fază anterioară de adenopatie ingunială). Nu este rar însă ca el să se însoțească, cu timpul, de o hipertrofie elefantiazică, uneori enormă, a diferitelor părți ale vulvei. Mecanismul desvoltărei acestor stări elefantiazice a fost divers interpretat. Privite mai întâi ca leziuni de pură stază, consecutivă destrucțiunei ganglionilor inguinali și obstrucției vaselor limfatice (Jersild), ele sunt considerate astăzi, pe baza examenelor ihstologice și inoculărilor pozitive, ca adevărate procese limfogranulomatoase active (Barthels și Biberstein, Nicolau).

Leziunile vulvo-vaginale despre care am vorbit se mai pot încă însoți uneori de manifestări *ano-rectale* de aceiași natură, realisându-se astfel un tot patologic complex: *vulvo-ano-rectal* (sindromul lui Jersild). Asociația frecventă a leziunilor vulvare cu cele anorectale deșteaptă ideia unei strânse subordonări între ele. Se admite în general, azi, cu Jersild, că anorectita își găsește punctul său de plecare într'o supurație a ganglionilor lui Gerota, infectați ei înșiși prin germeni provenind dintr'o leziune vaginală superioară (șancăr limfogranulomatos și poate ulcer cronic). Plecat dela ganglioni prerectali, virusul se propagă în țesutul conjonctiv din jurul rectului propriu zis, provocând inflamațiunea lui și, cu timpul scleroza și strâmtarea porțiunei ampulare a rectului și acea a anusului, cu toate consecințele ce aceste procese comportă. Leziunilor descrise li se mai asociează foarte adeseori o ipertrofie elefantiazică a tegumentului perianal, cu ulcerațiuni, abcese, fistule, etc.

Ar fi cu toate acestea exagerat a admite că toate anorectitele limfogranulomatoase recunosc patogenia invocată mai sus. Cu Frei, Ravaut, Bensaude și Lambling, credem că alături de forma menționată, cu punct de plecare în ganglionii lui Gerota, pe care am denumi-o „superioară", trebue să mai admitem o a doua formă „inferioară", în care infecția s'ar face direct, pe cale intrarectală, în urma raporturilor sodomice. Acest mod de a vedea se acordă perfect cu existența anorectitelor fără participarea regiunei vulgo-vaginale, cât și cu desvoltarea acestor leziuni la bărbat. In acest din urmă caz leziunile încep, după observațiile noastre, la anus sau în porțiunea terminală a rectului, sub formă de ulcerațiuni torpide, fără tendință la vindecare, care nu întârziază să se însoțească de vegetațiuni fibroase perianale, adeseori ulcerate. Socotite în acest moment, leziunile în chestiune, *adevărate ulcere cronice anorectale*, nu sunt lipsite de analogii cu ulcerul cronic vaginal. Procesul e susceptibil de ascensiune, dar aceasta se operează de obicei încet, păretele rectal putând păstra încă timp îndelungat moliciunea sa, iar stenoza, dacă intervine, este de obicei târzie.

Trebue să mai semnalăm încă ca leziuni de propagare, secun-

ROMÂNIA Bibliot... din Cluj

dare procesului genito-ano-rectal, manifestaţiunile de curând descrise de perimetrosalpingite (Barthels şi Bibestein) cât şi leziunile cutanate perineale şi fesiere, cu tip de limfangită gomoasă (Nicolau, Gougerot).

In rezumat, în specia umană, limfogranulomatoza subacută se comportă, după cunoştinţele noastre actuale, ca o infecţie locală, circumscrisă la ganglionii sateliţi punctului de intrare, cu posibilităţi de propagare, prin căile limfatice, la ţesutul celular al organelor strict vecine. Virusul limfogranulomatos este el capabil de generalizare, aşa cum lucrul se întâmplă de obicei, experimental, la unele animale (maimuţă, şoarece), la care infecţiunea se comportă ca o boală sistematizată a ţesutului reticulo-endotelial?

Cu toată absenţa de probe sigure, lucrul poate fi considerat ca probabil, dacă ne gândim la erupţiunile de tip eritem nodos şi exudatif ce se observă uneori în cursul limfogranulomatozei şi care ar putea fi interpretate ca expresiunea unei mobilizări a virusului. In acelaş sens ar pleda cazurile de hipertrofie a splinei, a ficatului şi de adenopatii generalizate, semnalate de unii autori.

ALERGIA LIMFOGRANULOMATOASĂ. — REACŢIUNEA FREI.

Ca şi alte boale infecţioase, limfogranulomatoza subacută se însoţeşte de desvoltarea unei alergii cutanate specifice, puse în evidenţă de către Frei în 1925, cu ajutorul intradermoreacţiunei practicate cu puroiul buboanelor limfogranulomatoase. Spaţiul nepermiţându-ne să ne întindem asupra technicei de preparaţiune a acestui antigen, cât şi asupra detaliilor privind particularităţile clinice ale reacţiunei, lucruri suficient cunoscute de altfel, ne vom mulţumi de a expune aci, pe scurt, cea ce o experienţă, veche de aproape 10 ani, ne-a arătat asupra valorei sale practice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După părerea tuturora venereologiştilor, reacţiunea Frei este de o mare specificitate. Personal, am găsit'o întotdauna pozitivă în cazurile clinicește sigure şi suficient de evoluate de limfogranulomatoză, şi aceasta, oricare ar fi fost forma clinică a boalei, ori localizările sale. Reacţiunile de control practicate în mod sistematic pe aproape 250 de bolnavi din clinica noastră, nu ne-au dat de cât 2 rezultate discordante, adică reacţiuni pozitive pe care nimic nu părea să le justifice, nici în prezent, nici în trecut. Aceste fapte excepţionale nu ne pare însă de natură a constitui un argument în contra specificităţii reacţiunei lui Frei, căci este întotdeauna greu de a exclude, în mod absolut, existenţa unei infecţiuni anterioare, mai ales dacă ţinem seama de formele abortive şi poate chiar înaparente ale boalei.

Mai adăogăm că până în prezent nu am întâlnit nici un caz de reacţie pozitivă înainte de vârsta sexuală (control practicat pe 150 copii, între 6 şi 10 ani, aparţinând cei mai mulţi unui orfelinat din Bucureşti, şi o mică parte clinicei noastre). Nu vrem de sigur să negăm în mod absolut posibilitatea unor reacţiuni Frei ne specifice, dar dacă ele există trebue să fie atât de rare, în cât

le putem neglija în practică. Ori cum ar fi lucrurile, această reacţiune ne aduce zilnic, în clinică, servicii inapreciabile în diagnosticul limfogranulomatozei.

TRATAMENT.

Metodele de tratament preconizate în limfogranulomatoza subacută se pot reduce la 4 categorii principale: a) metode chirurgicale; b) metode fizioterapice; c) metode chimioterapice şi d) metode specifice.

I. *Metoda chirurgicală.* Ablaţiunea precoce a ganglionilor bolnavi, înaintea fazei de peri-adenită şi de participare a ganglionilor profunzi, constitue, după părerea noastră, tratamentul de preferat în limfogranulomatoza inguinală. După trecerea acestui moment, operaţia nu mai este indicată, evidările ganglionare expunând la elefantiazis. Printre celelalte forme de limfogranulomatoză, metoda chirurgicală poate încă aduce importante servicii, în unele cazuri de estiomene, prin exereza părţilor hipertrofiate, devenite jenante prin volumul lor. Pentru leziunile ano-rectale, din contră, rezultatele operatoare, aşa cum rezultă şi din discuţiunile ce au avut loc, de curând, la al XLIII congres al Asociaţiunei franceze de chirurgie, sunt din cele mai decepţionante, ablaţiunea complectă a ţesutului patologic presupunând intervenţiuni anatomiceşte nerealizabile. Paliativele locale (dilataţiuni, diatermie, etc.), rămân încă singurele resurse terapeutice până în momentul când evoluţia stenozei justifică stabilirea unui anus contra naturei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II. *Metode fizioterapice.* Razele X dau uneori rezultate excelente în limfogranulomatoza inguinală la început, dar acţiunea lor e departe de a fi constantă. Putem zice acelaş lucru de razele ultra-violete. Pentru ulcerele cronice vulvare ne complicate, sau peniene, termo-cauterizarea sau şi mai bine diatermocoagularea constituesc, după experienţa noastră, o metodă de tratament admirabilă, — dacă ea este aplicată la timp. Ea ne-a dat întotdeauna rezultate perfecte şi definitive ori de câte ori situaţiunea ulcerului permitea cauterizarea sa largă.

III. *Metode chimioterapice.* Numărul medicamentelor chimice propuse în limfogranulomatoză este considerabil. Cităm, printre ele, emetina, preparaţiunile cu baza de antimoniu, soluţiunea Lugol, salicilatul de sodă, sărurile de cupru, sărurile de aur şi în special Solganal B şi în fine injecţiunile intraganglionare de glicerină. Toate aceste preparaţiuni au la activul lor vindecări indiscutabile, dar acţiunea lor inconstantă nu permite nici uneia să fie ridicată la rangul de medicaţiune sigur curativă.

IV. *Metode specifice.* In scopul de a realiza o imunizare activă a organismului, diverşi autori s'au adresat vaccinurilor preparate cu produse limfogranulomatoase, de diverse provenienţe. Cităm, în ordine cronologică, vaccinul preparat cu puroiul buboanelor limfogranulomatoase, întrebuinţat în injecţia intradermică, sau subcutanată (Hermann, Hurwitz, Wien şi Perlstein), sau chiar intravenoasă (Hellerstrom, Gay). Utilizarea vaccinului

preconizat de aceşti autori, şi câte odată a unui autovaccin, preparat după aceiaşi technică, ne-a dat, pe cale intramusculară, rezultate într'adevăr impresionante într'un număr de cazuri, dar acţiunea sa e lipsită de constanţă. Levaditi, Ravaut şi Maisler ar fi obţinut rezultate încurajatoare utilizând, pe cale intravenoasă, un vaccin preparat cu o emulzie de creer de maimuţă bolnavă. Mai în urmă, Ionescu-Mihăeşti, Ţupa, Wisner şi Longhin au preconizat, injecţia intramusculară a unui vaccin preparat cu creerul sau exudatul peritoneal al maimuţelor infectate cu limfogranulomatoză. Acest din urmă produs, exercită de asemenea, adesea, o acţiune rezolutivă indiscutabilă, de şi înceată, asupra bubonului limfogranulomatos, dar din nenorocire, în numeroase cazuri el rămâne fără nici o acţiune asupra mersului boalei.

In concluziune, putem zice că, cu toate sforţările făcute până în prezent, nu posedăm încă în limfogranulomatoză nici un tratament dotat de o eficacitate sigură.

Una din particularităţile curioase ale acestei afecţiuni, care trebue să ne facă să ne ferim de ori ce generalizare pripită, este că se pot obţine vindecări prin tratamentele cele mai diverse, dar că nici unul din ele n'au o acţiune constantă. Aceasta dovedeşte că nici unul dintre ele nu se adresează direct agentului cauzal, ci lucrează, după cazuri, ca modificatoare ale terenului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Henning"

Hybridin

Soluţie uleioasă de Ol. Eucalypt, Camfor, Phenylchinolincarbonic, Gayacol, Menthol.

Gripă. Pneumonie. Broncho-Pneumonie. Bronşită. Bronchectasie. Astm bronchial. Complicaţii Pulmonare (preventiv şi terapeutic).

Fiole de 1 cc. şi 2 cc. injectabile intramuscular.
Cutii cu 5 şi 10 fiole.

D-r G. Henning, Fabrică de produse farmaceutice, Berlin-Tempelhof
Reprezentant: L. Melamed & Co, Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

RELATIONS DES GLANDES ENDOCRINES AVEC LA TENEUR EN EAU DU SANG, DES ORGANES ET DES TISSUS

par

C. I. PARHON

(Conférence aux Journées médicales de Bruxelles 2 Juillet 1935).

Dăm aci rezumatul acestei conferinţe. Punctul de plecare a întinselor cercetări pe cari autorul le-a făcut cu elevii săi. Mârza, Cahane, şi Blinov, a fost faptul că organismul se deshidratează cu cât înaintează în vârstă.

„Intinerirea" de care a vorbit unii autori că observându-se în urma unor intervenţii pe testicule, trebue să meargă în mod paralel cu o creştere a hidrataţiunei organismului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorul şi colaboratorii săi au extirpat diferitele glande sau au tratat animalele cu extracte glandulare şi au dozat apa din diferite organe şi ţesuturi.

Din aceste constatări reese că unele intervenţii sau tratamente glandulare au mai cu seamă o acţiune hidratantă, altele o influenţă de ordin opus. Un exemplu de primul fel de acţiune îl găsim în tratamentul tiroidian care a deshidratat muşchii deşi a mărit apa din tiroidă ficat, pancreas, timus, creer şi testicule; se poate vorbi deci de o acţiune intineritoare, scăderea apei din muşchi trebue pusă pe seama eliminărei apei interstiţiale, de unde acţiunea diuretică a tiroidei.

Adrenalina, hormonă cu acţiune simpaticomimetică, a determinat scăderea apei din muşchi, tiroidă, testicule, ovare şi timus şi au mărit'o pe cea din rinichi, ficat, pancreas şi suprarenale.

Extractul retrohipofisar (pituglandol) a determinat creşterea apei din majoritatea organelor. Numai glandele genitale au reacţionat în sens opus.

Aminteşte cu această ocazie că a putut descrie un sindrom hiperretrohipofisar opus diabetului insipid şi caracterizat în special, prin retenţia de apă în organism.

Suprarenalectomia (la şobolan) a determinat creşterea apei din

cele mai multe organe (exceptând testiculele şi tiroida). Deci o acţiune întineritoare opusă ipertrofiei frequente, a suprarenalelor la bătrâni şi arterioscleroşi. O acţiune asemănătoare revine şi splenectomiei şi aminteşte că Metschnikoff avusese ideia unui ser antisplenic pentru tratamentul bătrâneţei.

Tiroparatiroidectomia a făcut să crească apa din creer, suprarenale, ficat şi muşchi, făcând'o să scadă în rinichi, timus, pancreas şi sânge. Scăderea apei din rinichi merge paralel cu leziunile renale, creşterea din suprarenale e de sigur, în legătură cu scăderea lipoizilor hidrofobi din aceste organe.

Injecţiile de hormonă paratiroidiană au determinat într'o proporţie aproape egală, scăderea apei din unele organe (hipofisa, testicule, tiroida, ficat, sânge) şi creşterea din altele (timus, rinichi, pancreas, muşchi, suprarenale). Creşterea apei din rinichi trebue pusă în legătură cu acţiunea diuretică a numitei hormone.

Etimizarea a determinat creşterea apei din cele mai multe organe. Numai în ficat şi hipofisă s'a observat efectul opus, iar rinichiul şi tiroida n'au fost influenţate în mod evident.

Tratamentul cu timus a făcut să crească apa în ficat, creer, pancreas şi muşchi scăzând'o în hipofisă şi rinichi, pe când sângele, testiculele, tiroida şi suprarenalele n'au fost influenţate.

Aceste experienţe pun în relief existenţa unor interesante corelaţii hepato şi pancreato-timice, între altele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Insulina n'a influenţat timusul şi rinichii; a mărit apa din creer şi tiroidă, scăzând'o în muşchi, glandele genitale, pancreas, suprarenale şi ficat.

Castraţia orhitică n'a influenţat hipofisa, a făcut să crească apa în suprarenale, rinichi şi creer, scăzând'o din contră (acţiune îmbătrânitoare) în tiroidă, timus, ficat, pancreas şi muşchi.

Castraţia ovariană n'a influenţat hidratarea pancreasului, a mărit apa din sânge, muşchi, suprarenale şi ficat şi a scăzut'o în rinichi, hipofisă, creer, timus şi tiroidă. Precum se vede acţiunea ablaţiei ovarelor nu e absolut identică cu aceea a extirpării testiculelor.

Lipoizii orhitici au făcut să scază apa din majoritatea organelor. Suprarenalele şi testiculele au făcut excepţie.

Lipoizii ovarieni au avut din contră o acţiune de cele mai multe ori hidratantă (pentru sînge, ovare, suprarenale, pancreas, ficat, rinichi). Tot astfel s'au comportat lipoizii placentari.

Lipoizii suprarenali au determinat în mod evident scăderea apei din muşchi ceeace pare a indica o importantă corelaţie musculo-cortico-suprarenală.

Rinichii, tiroida, timusul şi testiculele, n'au fost influenţaţi în mod apreciabil, pe câtă vreme apa a crescut în creer, sânge, suprarenale şi pancreas.

Lipoizii cerebrali au făcut să crească apa în pancreas, ficat, sânge, creer şi să scadă în testicule, suprarenale şi hipofisă. Pentru tiroidă şi timus s'a notat tot o tendinţă la creştere pe câtă vreme rinichiul şi muşchiul n'au fost influenţaţi în mod indiscutabil.

Pulberea hepatică a determinat de cele mai multe ori o scădere a apei din organe (muşchi, tiroidă, sânge, creer, pancreas, suprarenale) numai timusul şi ficatul n'au fost influenţaţi în mod sigur.

In a doua parte a conferinţei autorul a trecut în revistă modul cum sângele, muşchii sau diferitele organe sunt influenţate de diferitele tratamente.

Pentru hidremie am găsit că ea nu e sigur influenţată de tratamentul cu timus sau cu lipoizi ovarieni.

Tiroparotiroidectomia, hormona paratiroidiana şi pulberea hepatică au determinat scăderea apei din sânge, iar celelalte intervenţii şi tratamente au determinat creşterea hidremiei.

Muschii de asemeni au reacţionat de cele mai multe ori, cu o creştere a apei. Lipoizii cerebrali şi placentari şi castraţia orhitică n'au influenţat apa din muşchi. Cei suprarenali, tratamentul tiroidian, adrenalina, insulina şi pulberea hepatică au făcut să scadă apa din aceste organe. In celelalte împrejurări apa a crescut.

Creerul n'a fost influenţat din punctul de vedere al hidrataţiunii de hormona paratiroidiană, de adrenalină sau de etimizare.

Extractul retrohipofisar, splenectomia, castraţia ovariană, lipoizii orhitici şi ovarieni, au determinat scăderea apei, ca şi pulberea hepatică şi graviditatea.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Celelalte intervenţii sau tratamente au determinat creşterea cerebrohidrataţiunii. De asemeni suprarenala a reacţionat mai des prin hidrataţiune. Numai splenectomia, sarcina, pulberea hepatică, lipoizii cerebrali şi ovarieni au determinat mai frequent, o scădere a apei din acest organ pe când lipoizii orhitici şi suprarenali ca şi hipertimizarea n'au avut un efect apreciabil.

Tiroida a reacţionat mai ales prin deshidratare. Intr'adevăr în afară de splenectomie, lipoizii placentari şi hipertimizarea care n'au avut o influenţă sigură şi de tratamentul tiroidian, cu extract de lob posterior de hipofisă, cu insulină sau lipoizi ovarieni, suprarenali şi cerebrali, în toate celelalte împrejurări experimentale acest organ a reacţionat prin pierderea apei.

Tot astfel hipofisa în care apa a crescut numai după suprarenalectomie şi splenectomie, rămânând neinfluenţată în mod apreciabil, după pulberea hepatică sau după tratamentul cu lipoizi orchitici sau placentari.

Castraţia ovariană, hormona paratiroidiană etimizarea şi hipertimizarea, graviditatea, lipoizii cerebrali au mărit hidratarea acestui organ.

Din contră timusul a reacţionat mai des prin hidrataţiune. N'a fost influenţat în mod apreciabil după insulină şi lipoizii placentari. Apa a

scăzut după lipoizii ovarieni şi orhitici, în cursul sarcinei, a castraţiei ovariene sau orhitice, după tiroparatiroidectomie şi după adrenalină.

In celelalte situaţiuni experimentale apa din acest organ a fost găsită în creştere.

Tiroparatiroidectomia, pituglandolul, castraţia orhitică şi ovariană, etimizarea, parathormona, lipoizii placentari, insulina şi adrenalina au mărit hidratarea suprarenalelor.

Testiculele au reacţionat mai des după tipul hidrofob. Numai splenectomia, etimizarea, hipertiroidizarea şi pulberea hepatică au mărit conţinutul lor în apă pe câtă vreme hipertimizarea, tiroparatiroidectomia, suprarenalectomia şi lipoizii suprarenali au rămas fără efect important.

Apa a scăzut sub influenţa insulinei, a lipoizilor cerebrali, a parathormonei, a lipoizilor orhitici şi a adrenalinei.

Adrenalina şi insulina, sarcina au determinat scăderea apei din ovar pe când tiraparatiroidectomia a rămas fără efect sigur iar splenectomia, etimizarea, lipoizii placentari şi ovarieni au mărit apa din aceste organe.

Pancreasul n'a reacţionat în mod evident sub influenţa etimizării şi a castraţiei ovariene. A răspuns prin deshidratare în urma tratamenului prin insulină, pulbere hepatică şi lipoizi orhitici ca şi după tiroparatiroidectomie şi în cursul sarcinei.

Din contră sub influenţa tratamentului tiroidian, a extractului rerohipofisar, a parathormonei, adrenalinei, lipoizilor cerebrali, suprarenalit ovarieni, placentari, după hipertimizare, — suprarenalectomie şi splenectomie, a reacţionat prin creşterea apei. E deci unul din organele cele mai hidrofile.

Ficatul a reacţionat mai des după acelaş tip, (hipertimizare, tiroparatiroidectomie, adrenalină, tratament tiroidian, pituglandol, castraţie ovariană, suprarenalectomie, pulbere hepatică, splenectomie).

Insulina, etimizarea, castraţia orhitică, lipoizii orhitici, şi cerebrali ca şi parathormona au determinat deshidratarea ficatului pe câtă vreme lipoizii ovarieni, placentari şi suprarenali n'au avut o influenţă evidentă.

In fine rinichiul organ însărcinat cu eliminarea apei a reacţionat de cele mai multe ori tot prin creşterea conţinutului său în acest lichid.

Acest tip de reacţie a fost observat după tratamentul tiroidian, adrenalinic, paratiroidian, retrohipofisar, cu lipoizi ovarieni şi placentari, după suprarenalectomie şi castraţia orhitică, în cursul sarcinei.

Tiroparatiroidectonia, hipertimizarea, castraţia ovariană şi lipoizii orhitici au determinat deshidratarea organului în cele mai multe experienţe, pe câtă vreme pulberea hepatică, lipoizii cerebrali şi suprarenali, etimizarea şi insulina n'au avut un efect apreciabil.

Din cercetările expuse aci reese că nu se poate vorbi de o acţiune hidratantă sau deshidratantă în genere a unei intervenţii experimentale sau a unui anumit tratament ci că unele intervenţii sau tra-

tamente, măresc sau scad apa din unele ţesuturi sau organe exercitând o acţiune opusă asupra altora, de şi rămâne exact că acţiunea hidratantă sau deshidratantă poate predomina.

De asemeni pentru unul şi acelaş ţesut sau organ, acţiunea diferitelor intervenţii şi tratamente poate fi variabilă de şi predominând când reacţia de tip hidrofil când aceea de tip hidrofob.

Aceste constatări pun în evidenţă interesante corelaţiuni. De ele va trebui să se ţină seamă când va fi vorba să se modifice *în mod electiv* funcţionarea unui anumit ţesut sau organ. De asemeni când va fi vorba să se discute patogenia bătrâneţei sau să se încerce tratamente de reîntinerire.

L'auteur expose les recherches qu'il a poursuivies avec Mârza, Cahane et Blinov concernant l'action de l'extirpation des différentes glandes endocrines ou des différents extraits ou préparations d'organes sur la teneur en eau des différents organes et tissus

Il résulte de ces recherches que certaines interventions on traitements ont surtout une action hydratante. Il en est ainsi pour le traitement thyroïden, le traitement par les lipoïdes ovariens ou placentaires, la splénectomie ou la surrénalectomie.

D'autres traitements tel que celui par l'extrait retrohypophysaire, l'insuline, les lipoïdes orchitiques, la poudre hépatique, la castration ont determiné la deshydratation de la plupart des organes et tissus.

Mais on ne saurait par généraliser. Tel ou tel extrait glandulaire ou extirpation d'organe fait augmenter l'eau de certains organes et diminuer la teneur dans les autres.

Ils constatent en outre que certains organes ont réagi le plus souvent par la hydratation. Il en est ainsi: pour le rein, le pancréas.

D'autres par la deshydratation (thyroïde, hypophyse, glandes génitales).

L'augmentation de la hydratation d'un organe signifie (avec reserves) son rajeunissment, la diminution de la hydratation son viellissement.

Der Verfasser berichtet über die Forschung welche er mit D-r Mârza, Cahane und Blinov experimentiert hat und folglich; die Wirkung des Zusamen Inhaltes des Wassers in verschiedene Organe und Gefässe wenn man verschiedene Extyrpationen Inneresekretorische Organe, oder mit verschieden Extrakte auf solche Körper operiert hat

Es stellt sich heraus, dass solche Experimente eine Wasser Erhebŭng bringen namentlich bei Behandlung mit Schüldrüse Präparate mit Ovarial-Lipoid oder Placenta lipoid Präparate; bei Ektomie der Milz oder der Nebenniere. Andere Benhandlungen zum Beispiel mit Hypophisen-hinterlappen Extrakt, mit Insulin, Hoden-lipoid, Leberextrackt die Kastration wirken mit eine Minderung des Wasser Inhaltes verschiedener Organe ünd Gefässe.

Mann kann aber nicht generalisieren, da mit einem dieser Präparate oder mit einer Extirpation geschieht eine Erhebung des Zusammen-Wasser-Inhaltes einer Organe, und eine Minderung bei andere Organe.

Die Verfasser berichten aber mit, dass einige Organe öfters eine Erhebung des Zusamen-Wasser-Inhaltes zeigen, so ist es mit der Niere, mit der Bauchspeicheldrüse. andere aber mit eine Minderung des Zusammen Wasser Inhaltes wie die Schüldrüse Hypophise und die Geschlechts-Organe.

Die Erhebung des Zusammen-Wasser-Inhaltes zeigt wahrscheinlich (mit Reserve) eine Verjüngerung, die Schwangüng eine Verälterung.

Comunicare făcută la al IX-lea Congres Internaţional de Dermatologie şi Sifiligrafie ţinut la Budapesta în Septembrie 1935

CONTRIBUŢIUNI LA STUDIUL RELAŢIUNILOR INTRE PARAPSORIASIS-UL „EN GOUTTES" ŞI TUBERCULOZA. VINDECAREA PRIN TUBERCULINA

de

S. THEODORESCU şi M. BLUMENTAL

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cercetările din ultimul timp asupra etiologiei şi patogeniei parapsoriasisului, capitol încă nelămurit al dermatologiei, se îndrumează către tuberculoză.

In ultimii ani am avut ocaziunea de a studia în Clinica Dermatosifiligrafică din Bucureşti, condusă de către maestrul nostru Profesorul Nicolau, şase cazuri de parapsoriasis şi anume de varietatea cunoscută sub numele de parapsoriasis „en gouttes".

Motivele care ne-au îndemnat la aceste cercetări au fost pe lângă etiologia necunoscută a acestei afecţiuni şi evoluţiunea cronică a ei, fără de nici un fel de tendinţă la vindecare.

Direcţiunea pe care am urmat-o în studiul nostru a fost aceia indicată încă din 1906 de către Civatte în teza sa, care mai mult pe bază de alteraţiuni histologice asemănătoare cu acelea din tuberculoză, caută să înglobeze parapsoriasis-ul în cadrul tuberculozelor atipice ale pielei.

Dela Civatte, cercetările asupra parapsoriasis-ului nu au fost prea numeroase. Totuşi în direcţiunea etiologiei tuberculoase, s'a putut ajunge a se provoca de diferiţi autori în această afecţiune, reacţiuni de focar la tuberculină sau vindecări cu diferite săruri de aur.

In 1934 Ravaut şi Rabeau publică în Presse Médicale, cercetările făcute de ei într'un caz de parapsoriasis în plăci la un bărbat în sângele căruia prin inoculări la cobai, a putut pune în evidenţă prezenţa ultravirusului tuberculos. De asemeni tratamen-

tul instituit de acești autori prin vaccinul Vaudremer asociat cu injecțiuni de chrisalbină a dat rezultate bune.

Cercetările noastre, pe cât cazurile se adaptau la aceasta, au constat din reacțiuni cutanate la tuberculină, cercetări histologice, inocułări la animale și tratamente cu tuberculină.

Studiul cu totul rezumativ al acestor cazuri face obiectul prezentei comunicări.

CAZ. I. — Bolnavul C. V., în etate de 41 ani, se prezintă la consultațiunile clinicei în 1930 pentru o erupțiune generalizată tipică de parapsoriasis „en gouttes". Afecțiunea data de 8 săptămâni, făcându-și apariția-nea în mod aproape brusc.

Din partea organelor interne nu se constată nimic anormal.

Reacțiunile Wasserman și Meinike în sânge, au dat un rezultat negativ.

Formula leucocitară nu a arătat nimic deosebit.

Nimic patologic în urină.

Reacțiunea intradermică la tuberculină (1/10.000) a dat un rezultat intens pozitiv (placă reliefată roșie aprinsă cu un diam. de $2^1/_2$ cm. înconjurată de o suprafață roșie de aproape 3 cm.). Reacțiunea Morro de asemeni a fost pozitivă.

Examenul histopatologic. In epiderm se observă pe alocuri parakeratoză și ușoară acantoză. In stratul papilar și în chorion o infiltrație perivasculară moderată, formată din celule limfoide și conjunctive.

Cercetări experimentale. Din materialul leziunilor biopsiate se inoculează în pungă la 2 cobai. Unul din cobai moare după 47 zile cu organe de aparență normală, frotiuri și însămânțări negative, dar ușoară adenopathie inguinală. In prima trecere, se inoculează ganglionii inguinali ai acestui cobai unui altuia, care la necropsie arată prezența de rari acido-rezistenți în ganglionii tracheo-bronchici. In a II-a trecere se capătă adenopathie inguinală și tracheo-br. cu numeroși bacili Koch. De asemeni noduli în ficat și splină cu frecvenți acido-rezistenți.

Insămânțările din organele tuberculizate ale acestui cobai (procedeul Löwenstein) au dat la iveală colonii bogate de bacili Koch specia umană.

Tratamentul cu tuberculină. După 6 injecțiuni de neu-tuberkulin în doze progresive, începând cu 1/100.000, am obținut o dispariție complectă a erupțiunii. La bolnavul văzut după un an, se constată menținerea perfectă a vindecării.

CAZUL II. — Bolnavul A. G., de 32 ani, se prezintă la consultațiunile clinicei în 1930 pentru o erupțiune generalizată tipică de parapsoriasis „en gouttes", care dată de 5 ani. De notat la acest bolnav o infecțiune sifilitică datând din 1922 pentru care a fost tratat în mod regulat; erupțiunea actuală fiind considerată drept specifică, tratamentul a fost prelungit mai mult decât era indicat.

Din partea organelor interne nimic anormal.

Reacțiunile serologice pentru sifilis negative.

Formula leucocitară normală.

Nimic patologic în urină.

Reacțiunea intradermică la tuberculină (1/10.000) a fost intens pozitivă. **Reacțiunea Morro** deasemeni pozitivă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Examenul histopatologic: Epiderm în acanthoză cu exagerarea spațiilor perinucleare. Ușoară infiltrație perivasculară cu celule limfoide și rare celule conjunctive la nivelul stratului papilar și la nivelul unor glande sudoripare și foliculii piloși.

Cercetări experimentale. La prima inoculare la cobai se constată prezența a 2—3 ganglioni trachco-bronchici cât un bob de mazăre, fără acidorezistenți. La I-a trecere nimic anormal la necropsie.

Tratamentul cu tuberculină (neu-tuberkulin). După primele injecțiuni erupțiunea a dispărut într'o foarte mare măsură. La sfârșitul tratamentului ea nu era complet dispărută. Noi izbucniri ale erupțiunii nu au mai fost influențate de această medicațiune.

CAZUL III. — Bolnavul H. C., 29 ani, se prezintă la consultațiunile clinicei în 1931 pentru o erupțiune tipică și aproape generalizată de parapsoriasis „en gouttes", care dată de aproximativ 10 luni. In antecedente nici tuberculoză, nici sifilis. Din partea organelor interne nimic anormal.

Reacțiunile serologice pentru sifilis negative.

Formula leucocitară normală.

Nimic patologic în urină.

Reacțiunea intradermică la tuberculină 1/10.000 intens pozitivă.

Reacțiunea Morro de asemeni pozitivă.

Examen histopatologic, nimic deosebit.

Inoculările la cobai în a II-a serie au rămas negative.

Tratamentul cu neu-tuberkulin a dat, după 10 injecțiuni, o dispariție complectă a erupțiunii, care s'a menținut timp de 2 ani, cât bolnavul a putut fi sub observația noastră.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CAZUL IV. — Bolnavul E. S., de 42 ani, se prezintă la consultațiile clinicei pentru o erupție tipică de parapsoriasis „en gouttes", aproape generalizată și care data de aproximativ 5 săptămâni.

In antecedente nici tuberculoză, nici sifilis.

Organele interne nu arată nimic anormal.

Reacțiunile serologice pentru sifilis au fost negative.

Formula leucocitară normală.

Nimic patologic în urină.

Reacțiunea intradermică la tuberculină 1/10.000 a fost foarte intens pozitivă. Reacțiunea Morro de asemeni pozitivă.

Examenul histopatologic arată următoarele: se văd zone de parakeratoză cu strat granulos dispărut și celule cornoase nucleate, alternând cu zone de hiperkeratoză cu strat granulos format din 4—5 rânduri de celule și unde **hiperkeratoza pătrunde până în foliculii piloși.** Ușoară acanthoză. In stratul papilar și chorion vasele sunt dilatate cu infiltrație bogată, constituită în mare majoritate din limfoide și histociți.

Imaginea histologică se apropie mult de aceea a lupusului eritematos.

Nu s'au putut face cercetări experimentale la animale.

Tratament cu tuberculină (alt-tuberkulin). După o serie de 10 injecțiuni de tuberculină în doze progresive (dela 1/100.000 la 1/10.000) se capătă o dispariție complectă a erupțiunii.

CAZUL V. — Bolnavul M. N., de 32 ani, se prezintă la consultațiile clinicei, în 1935, pentru o erupțiune generalizată (cu excepția feței) de parapsoriasis „en gouttes". Această erupțiune datează de 3 ani, în care timp nu s'a putut preciza diagnosticul ei. In antecedente sifilis, pentru care a ur-

mat un tratament regulat, **limfatism** în copilărie şi bronşită în 1931, cu radiografii pulmonare negative.

Reacţiuni serologice pentru sifilis negative. Nimic patologic în urină.

Reacţiunea intradermică la tuberculină intens pozitivă. Reacţiunea Morro a dat un rezultat pozitiv slab. Nu s'au putut face cercetări experimentale la animale.

Tratament cu tuberculină (alt-tuberkulin). După prima serie de injecţiuni s'a obţinut o ameliorare evidentă a erupţiunii.

CAZUL VI. — Bolnava E. M., în etate de 43 ani, se prezintă la consultaţiunile clinicei în Mai 1935 pentru o erupţiune generalizată şi tipică de parapsoriasis „en gouttes". Pentru această erupţiune care dată de mai bine de 8 ani, pacienta făcuse nenumărate tratamente, fără nici un fel de rezultat. In antecedentele bolnavei se marchează o infecţiune sifilitică pentru care bolnava s'a tratat în mod regulat.

Nu se constată nimic deosebit din partea organelor interne.

Reacţiunile serologice pentru sifilis negative.

Nimic patologic în urină.

Intradermo-reacţiunea la tuberculină a dat un rezultat foarte intens pozitiv.

Reacţiunea Morro a fost de asemeni pozitivă.

Nu s'a putut face cercetări experimentale.

Se institue **un tratament cu tuberculină** (alt-tuberkulin). După primele 5 injecţiuni erupţiunea era aproape complect dispărută pentru a deveni ceva mai pronunţată la injecţiunile ulterioare şi a se menţine încă însă mult ameliorată la sfârşitul tratamentului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONCLUZIUNILE care se desprind din studiul rezumativ al acestor cazuri sunt următoarele:

1) In toate cele 6 cazuri de parapsoriasis „en gouttes" am obţinut cu tuberculină în diluţiunea de 1/10.000 o reacţiune intradermică foarte intens pozitivă.

2) Reacţiunea Morro a fost de 4 ori intens pozitivă şi de 2 ori slab pozitivă.

3) Din cele 6 cazuri tratate prin injecţiuni de tuberculină, 3 din ele au fost complect vindecate, vindecarea menţinându-se şi după 1 şi 2 ani, atâta timp cât bolnavii au putut fi urmăriţi de noi, iar restul de 3 au fost influenţate în bine de acest tratament, fără ca să se fi putut obţine însă la ele o vindecare complectă. (Din aceste ultime 3 cazuri, unuia i s'au administrat 2 serii de injecţiuni, iar celorlalte 2 numai câte o serie, acestea din urmă fiind de curând în tratamentul nostru).

Vindecările obţinute au interesat erupţiuni de dată mai recentă. In cazurile mai vechi acţiunea tratamentului, netă la început, se slăbia încetul cu încetul, nedând la sfârşitul tratamentului decât ameliorаţiuni mai mult sau mai puţin importante.

4) In ceeace priveşte examenul histopatologic practicat la 4 din cele 6 cazuri, unul din ele (cazul IV) a arătat o structură a cărei imagine se apropia foarte mult de aceia a lupusului eritematos (hiperkeratoză foliculară), iar celelalte 3 o imagine obişnuită.

5) Din 3 cazuri cari s'au pretat cercetărilor experimentale, prin inoculări la cobai numai la unul din ele (cazul I), am obţinut

la prima trecere o adenopatie tracheo-bronchică cu prezenţa de acido-rezistenţi, iar la a doua trecere o tuberculoză generalizată; culturile ne-au arătat o tuberculoză de specia umană.

6) In antecedentele celor 6 bolnavi, dintre cari 5 bărbaţi şi o singură femeie, în 3 cazuri s'a găsit o infecţiune sifilitică, în unul din aceste cazuri era asociat şi un limfatism în copilărie, iar în 2 din ele nimic important.

7) Cercetări ulterioare atât experimentale cât şi terapeutice pe un număr mai mare de cazuri, vor putea stabili o legătură mai precisă între parapsoriasisul „en gouttes" şi tuberculoză. De asemenea s'ar mai putea lămuri dacă este vorba de o infecţiune datorită fie bacilului tuberculos, forma obişnuită, fie formei filtrabile descrise de Fontès-Vaudremer, Calmete şi Valtis, după cum a fost în unul din cazurile noastre (obs. I) şi în acela descris de Ravaut şi Rabeau într'un caz de parapsoriasis „en plaques".

M. S. THEODORESCO et M. BLUMENTAL: *Contributions à l'étude des relations entre le parapsoriasis „en gouttes" et la tuberculose (Guérison par la tuberculine).*

Dans la clinique dermato-syphiligraphique de Bucarest on a étudié ces dernières années dans le sens de l'étiologie tuberculeuse, le parapsoriasis «en gouttes».

De cette étude se dégagent les conclusions suivantes:

1) Dans 6 cas de parapsoriasis «en gouttes» on a obtenu avec la tuberculine en solution au *1*/10 000 une réaction intradermique positive très intense; la réaction Morro a été 4 fois fortement positive et deux fois faiblement positive.

Sur 6 cas traités par des injections de tuberculine, 3 ont été complètement guéris; les 3 autres cas ont été influencés en bien par le traitement, sans qu'on ait pu obtenir néenmoins une guérison complète.

Dans les cas où la guérison a été obtenue, il s'agissait d'éruptions de date relativement récente.

3) En ce qui concerne l'examen histologique pratiqué dans 4 de ces cas, l'un d'entre eux a révélé une structure, dont l'image se rapproche beaucoup de celle du lupus érythémateux (hyperkératose folliculaire).

4) Pour les 3 cas qui se sont prêtés aux recherches expérimentales par inoculations à des cobayes, il n'y a que pour l'un d'entre eux qu'on ait obtenu au premier passage, une adén opathie tracheo-bronchique, avec présece d'acido-résistants et au second passage une tuberculose généralisée. Les cultures ont révélé une tuberculose d'espèce humaine.

S. THEODORESCU u. M. BLUMENTAL: *Beitrag zum Studium der Beziehungen zwischen der Parapsoriasis, „eu gouttes" und der Tuberkulose. (Heilung durch Tuberkulin).*

Verff. studierten in der letzten Jahren auf der Bukarester Dermatologischen Klinik mehrere Fälle von Parapsoriasis „en gouttes" bezieglich auf die tuberkulose Aetiologie dieser Erkrankung. Aus ihren Erfahrungen lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

1) Bei 6 Fällen von Parapsoriasis „en gouttes" wurde mittels einer 1/10.000 Tuberkulinlösung eine stark positive Intradermoreaktion ausgelöst; die Morö sche Reaktion war hingegen 4 mal stark positiv und zweimal schwach positiv.

2) Von 6 mit Tuberkulininjektionen behandelten Patienten wurden 3 volkommen geheilt, die anderen 3 wurden durch diese Behandlung viel gebessert, ohne das man jedoch bei ihnen eine gänzliche Heilung erzielen konnte.

Bei don Fällen, wo die Heilung eintrat, handelte es sich um relativ frisch Eruptionsschübe.

3) Was die histologische Untersuchung anbetrifft, welche bei diesen 4 Fällen angestellt wurde, konnte man bei einem dieser Fälle eine dem Lupus erythematodes (follikuläre Hyperkeratosis) sehr ähnliche Struktur feststellen.

4) Was die 3 Fälle anbetrifft, deren Material man experimentell Meerschweinchen impfte, so konnte man nur bei einem dieser und zwar bei der ersten Passage eine Mediastinal-drüsenschwellung feststellen, mit positivem Bazillenbefund und bei der zweiten Passage eine allgemeine Tuberkulose. Durch Kultur wurde eine Tuberkulose von humanem Typus identifiziert.

OTITELE MEDII SUPURATE LA SUGARI

de

D-r V. FOTIADE

Docent Universitar

Urmare)*

Puncția urechei medii. Și acum la sfârșitul capitolului simptomatologiei, vreau să vă vorbesc de singurul *semn patognomonic* al otitei în genere la sugari, și în special al otitei latente, de puncția urechei medie.

Puncția timpanului a fost preconizată pentru prima oară de către M. Rénaud și Arbetier și a fost adoptată de cea mai mare parte de specialiști francezi și americani. Autorii germani însă o evită sub pretext că n'ar fi lipsită de oarecari pericole sau că ar fi de prisos: în cazurile bănuite de otită, preferând să facă paracenteza de la început.

Și eu în primele luni la „Leagănul S-ta Ecaterina" adoptasem acest punct de vedere. Dar văzând că îmi scapă o mulțime de cazuri de otite latente prin faptul că ezitam să fac în toate cazurile prezentate paracenteza timpanului, care orice s'ar zice este o intervenție pe timpan, — în cele din urmă am adoptat procedeul punctiei.

Și astăzi controlându-mă pe mine însumi, după trei ani de experiență, constat că nu este posibil ca un otologist să pună cu certitudine diagnosticul de otită latentă, fără ajutorul punctiei.

Imediat ce copilul trece de vârstă de un an, lucrurile se schimbă aproape brusc. După această vârstă nu mă mai servesc de puncție, otitele latente devenind din ce în ce mai rare și examenul otoscopic fiind suficient cași la adulți. Totuși susțin că puncția timpanului nu este de disprețuit nici la copii mari și nici chiar la adulți în anumite cazuri dubioase; căci dupe cele ce am constatat eu, *otitele latente nu constituesc apanajul strict limitat sugarului.*

Ca să punctionăm urechea mijlocie, este recomandabil să

---

*) A vedea prima parte în No. 5—6 | 1935, pag. 303—316.

culcăm nurisonul pe o masă, cu urechea în sus, să tragem pavilionul de sus în jos ca să dăm o direcţie rectilinie conductului auditiv, iar cu ajutorul reflectorului frontal să examinăm timpanul. In tot timpul capul va fi perfect imobilizat de către un ajutor, ca nu cumva copilul prin mişcări intempestive să sfâşie timpanul de ac. De aceia este preferabil planul solid al unei mese, în locul unui pat cu somieră. Puncţia se face cu o siringă obişnuită înarmată cu un ac de vreo trei centimetri şi jumătate lungime cel puţin, dar care trebue să aibă un bizou cât mai scurt posibil, maximum un milimetru, sau chiar un ac căruia i-am retezat complet vârful. Acele prea subţiri sau cu bizoul obişnuit lung, nu sunt bune, căci expun la interpretări greşite: în caz că exudatul este prea gros nu va trece prin ac, iar când jumătate din bizoul prea lung al acului rămâne dincoace de timpan, din cauza spaţiului redus al cavităţii timpanice, va face să vină în siringă aerul din conductul auditiv în loc de secreţiunea intra-timpanică. Vom puncţiona de preferinţă jumătatea infero-posterioară a timpanului. Dar în caz că bombează o regiune vom puncţiona în acel punct, însă vom evita mânerul ciocanului. In lipsa unui reflector frontal, în cazuri excepţionale, se poate face această puncţionare prin tatonare de către un specialist obişnuit, urmărind cu atenţiune unghiul dintre peretele inferior şi posterior al conductului auditiv.

Orice anestesie locală este de prisos.

Noi nu am observat niciun accident pe care să-l putem imputa puncţiei. Bine înţeles puncţia trebue să se facă cu oarecare îndemânare şi blândeţe. Bruscheţea expune la lezarea peretului intern ossos al cutiei timpanului, care deşi este lipsită de pericol totuşi este preferabil să se evite. In cazurile excepţionale de dehişcenţă osoasă a peretelui infero-intern a cutiei timpanului, se poate întâmpla să ajungem în bulbul jugularei interne. Din marele număr de cazuri puncţionate la „Leagăn" nu mi s'a întâmplat decât o singură dată acest incident. Cred că era o anomalie anatomică graţie căreia am pătruns în jugulară, căci aspirând s'a umplut toată siringa foarte uşor cu sânge venos. Lucrul acesta s'a mai repetat o dată la acelaş sugar şi la aceiaşi ureche la interval de o săptămână. Anomalia anatomică din fericire n'am putut-o verifica, deoarece acest incident a rămas absolut fără de nici o urmare, copilul vindecându-se în urmă de turburările generale pentru care îmi fusese prezentat.

Când înţepăm timpanul, dacă urechea este complect sănătoasă, percepem tactil şi auditiv un sgomot caracteristic de ţiplă înţepată. In caz că urechea este bolnavă, nu avem nicio senzaţie.

Rezultatul puncţiei poate fi: *negativ* sau *pozitiv*.

In caz de rezultat negativ pot fi două eventualităţi:

1) Aspirând, siringa se umple cu aer, pistonul venind foarte uşor, — în acest caz urechea medie este absolut sănătoasă, cutia timpanului fiind plină cu aer. Această interpretare e justă numai cu condiţia ca vârful acului să fie complect intrat în cutia timpanului şi nu cumva să rămâie o parte din bizou dincoace de timpan în conductul auditiv;

2) Absorbind să nu vină nimic în siringă, dar rezistenţa pistonului ne indică ca acul s'a astupat cu secreţiunile prea groase existente în cutia timpanului. In acest caz urechea este bolnavă, fiind plină cu un exudat gros mucos sau purulent, pe care îl putem evidenţia după curăţirea acului.

Mucus gros am găsit de obicei la începutul şi la sfârşitul otitelor: înainte de a absceda, şi la sfârşit când urechea care a curs câtva timp s'a închis şi este pe cale de vindecare complectă. In interpretarea acestor două eventualităţi trebue să ne conducem numai de anamneză şi evoluţia clinică a pacientului.

In caz de *rezultat pozitiv* al puncţiei, putem întâlni trei eventualităţi:

1) Să extragem puroi franc sau muco-puroi în cantitate mai mare sau mai mică;

2) Să vină pe ac câteva picături de sânge;

3) Să scoatem un lichid seros de culoare lăptoasă sau galben-citrin similar celui din pleuresiile seroase.

In prima eventualitate avem de a face sigur cu o otită supurată. In al doilea caz este vorba numai de un proces acut, în perioada catarală, de cele mai multe ori premergător supuraţiei. Iar în al treilea caz avem de a face cu o otită simplă exudativă.

Imediat după puncţie trebue să urmeze decizia terapeutică locală care după cum vom vedea variază şi este determinată de rezultatul puncţiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Examenul sângelui făcut în cursul otitelor sugarilor arată o leucocitoză, care poate ajunge în unele cazuri până la 20—30.000, cu predominarea poly-nuclearelor. Deasemeni s'a observat în cazurile grave o accentuată deviaţie către stânga, după schema lui Arneth.

La „Leagănul Sf-ta Ecaterina" s'au ocupat cu aceste examene de sânge în cursul otitelor, în deosebi foştii interni ai serviciului, Domnul Grünberg şi Domnişoarele Georgescu şi Popovici. Dumnealor au confirmat leucocitoza şi aparaţia formelor tinere în cazurile grave. După paracenteză numărul leucocitelor lor revine la normal relativ repede, dacă leococitoza era determinată numai de otită.

Unii autori au vrut să facă din formula leococitară un mijloc de diagnostic, mai ales al mastoiditei la sugari. Dar noi la „Leagăn" am renunţat în timpul din urmă la această probă, găsind că de fapt de multe ori leucocitoza şi chiar deviaţia la stânga pot fi determinate numai de o rino-faringintă sau de o altă afecţiune concomitentă otitei. Are o reală valoare în determinarea intervenţiunei chirurgicale numai în cazurile în care otita deschisă este singura afecţiune ce prezintă copilul şi totuşi se menţine leucocitoza.

FRECVENŢA OTITELOR

Mai toţi autorii după cum am spus au constatat o mare deosebire în frecvenţa otitelor la sugari, după cum aceştia erau internaţi prin creşe şi spitale, sau erau crescuţi în familie.

La aceia crescuţi în familie fiind în general copii eutrofici, se întâlnesc aproape numai formele acute france, cu frecvenţa obişnuită celorlalte vârste de copii. La cei ospitalizaţi se observă o predominare a formelor latente. Aceste forme se întâlnesc în deosebi la copiii dystrofici sau cu un trecut patologic încărcat.

La „Leagănul Sf-ta Ecaterina" după o statistică făcută de fostul intern Dumitrescu, am găsit otite supurate latente cam în 30 din sugarii internaţi chiar în ziua intrărei, ceia ce dovedeşte că aceste forme se pot desvolta şi pe copii crescuţi în sânul familiei.

Domnul Dr. Lucian Popescu, fost Intern al „Leagănului", în Teza sa dă o statistică generală a otitelor pe timp de 6 luni de 90 de cazuri la 300 de sugari, ceia ce reprezintă un procent de 30%. Dar dacă căutăm procentul otitelor în raport numai cu numărul sugarilor bolnavi, nu şi sănătoşi, îl vom găsi ridicat până la 60 şi 90%. Acest procent am constatat că variază foarte mult cu anotimpurile şi epidemiile de gripă în special. De exemplu în toamna şi iarna anului 1932—1933 toţi sugarii bolnavi, fără excepţie, aveau şi otită.

Contagiositatea otitei este reală, bine înţeles indirect prin intermediul rino-faringitei şi a corizei, ceace explică concordanţa epidemiilor de otită cu a celor de gripă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

EVOLUŢIA OTITELOR

La un nurison *eutrofic* o otită latentă descoperită şi deschisă la timp evoluează aproape caşi una francă. Turburările generale pe care le schiţase dispar imediat după paracenteză, iar urechea se vindecă după câteva zile. Dacă scurgerea auriculară se cronicizează trebue examinat naso-faringele, în amigdala căruia vom găsi de cele mai multe ori cauza.

La un copil *dystrofic* evoluţia otitei latente depinde de starea lui generală şi mai ales de data descoperirei procesului otic. Ţin să menţionez de pe acum că la copiii prematuri, debili congenitali şi distrofici în general, tratamentul otitei s'a dovedit a fi secundar, cel general instituit de pediatru trebuind să prevalueze.

O otită latentă deschisă la timp, chiar la un sugar cu greutatea sub-normală, evoluează în mod obişnuit vindecându-se în câteva zile dacă nu cumva turburările generale sunt continuate de către faringita concomitentă, care trebue tratată în acelaş timp cu otita.

La un distrofic dacă otita latentă rămâne multă vreme nedescoperită va produce întregul cortegiu descris de turburări generale, ducând cele din urmă la moarte.

Dacă o otită latentă se va descoperi târziu, după ce turburările gastro-intestinale vor fi produs profunde alteraţiuni, tratamentul otic deasemeni trebue să fie bine ajutat de cel dietetic.

Formele clinice. Otita latentă se poate prezenta sub diferite forme clinice, după predominarea anumitor simptome:

1) Forma simplă fără turburări generale grave;

2) Forma gastro-intestinală în care predomină vomismentele şi diareia;

3) Forma choleriformă, în care turburările de mai sus ajung la apogeu;

4) Formă dystrofică în care predomină scăderea în greutate şi deshidratare;

5) Forma septicemică.

COMPLICAŢIUNI

La „Leagănul Sf-ta Ecaterina" în afară de câteva cazuri de osteită mastoidiană, întâlnite în primul an, n'am mai observat nici o altă complicaţiune. Bine înţeles exceptând cazurile septicemice cu sau fără mastoidită, — în care originea disiminaţiunilor infecţioase nu se poate preciza întotdeauna. Noi credem că dacă în ultimii ani nu am mai avut cazuri de osteită mastoidiană, aceasta se datoreşte şi faptului că învăţând să diagnosticăm şi să tratăm la timp otita latentă, ne-am pus la adăpost de complicaţiuni.

Autorii citează frecvente cazuri la sugari de *abcese mastoidiane sub-periostale;* noi nu am întâlnit la „Leagăn" decât singur un caz. Deasemeni se citează în mod excepţional *paralizii faciale, trombo-flebite,* şi *meningite* de origină otică.

Diagnosticul de mastoidită este evident în caz de abces subperiostal. Astăzi însă se poate pune acest diagnostic la sugar, ca şi la celelalte vârste, şi în absenţa alteraţiunilor regiunei mastoidiene, bazaţi numai pe următoarele considerente clinice: dacă durata scurgerei auriculare abundente şi a febrei trece de 3—4 săptămâni, dacă local peretele postero-superior al conductului auditiv este scoborât sau strâmtat în totalitatea sa prin inflamaţia periostului, dar mai ales acest diagnostic se pune bazându-se pe indispoziţia şi starea generală rea a nurisonului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorii americani şi germani au căutat să utilizeze în acest scop serviciile radiografiei mastoidiene şi au stabilit chiar anumite semne. Dar interpretarea radiografiei este foarte dificilă având în vedere că din pricina bilateralităţei frecvente a oto-mastoiditei la sugari, lipseşte imaginea normală de comparaţie, şi afară de aceasta cavitatea antrală la această vârstă apare greu pe placă. Eu, atât în oraş cât şi la „Leagăn", în toate cazuri am diagnosticat mastoidita bazat numai pe simptomele clinice, şi intervenţiunea a confirmat întotdeauna diagnosticul.

Acest diagnostic este desigur foarte greu la sugar, mai cu seamă dacă specialistul are în vedere că mastoidectomia la această vârstă reprezintă o operaţie destul de gravă. In faţa unei otite cu mers anormal şi complicată de turburări gastro-intestinale grave, medicului îi este teamă ca să ia o deciziune chirurgicală, pe care urmările deseori nefaste în asemenea cazuri, ar putea-o califica inoportună ulterior.

DIAGNOSTICUL DIFERENŢIAL. După cum am spus de mai multe

ori, în simptomatologia otitei latente nu este în linii generale decât simtomatologia infecţiunilor paranterală la nurisoni. Deci diagnosticul diferenţial se va face în primul rând cu acestea şi cu turburările de ordin alimentar, cu intoxicaţia alimentară.

Care sunt infecţiunile cele mai frecvente la nurisoni în afară de otită? sunt: rino-faringita, adenoidita, sinuzita, pyelita, bronho-pneumonia, pneumonia, pleurezia, pyodermitele. In privinţa frecvenţei dela început trebue să spun că acestea să întâlnesc mult mai rar decât otitele.

Rino-faringita acută mai ales de natură gripală se însoţeşte de obicei de simptomatologia otitei, dar aceasta nu durează de obiceiu mai mult de 2—3 zile. Insă nu trebuie să uităm ca rino-faringita şi adenoidita sunt acelea care determină, însoţesc şi chiar se confundă cu otita latentă. Acest fapt m'a determinat să-i dau numele de *faringo-otită.*

Primul atac al faringei se traduce de obicei printr'un crochet de 39^0—40^0 după care în curs de 3—4 zile temperatura revine la normal. Dacă turburările generale perzistă sau se accentuiază peste acest termen. Dacă turburările generale perzistă sau se accentuiază peste acest termen, întotdeauna trebuie să explorăm urechile medii. Iar invers dacă în a două perioadă, când urechea este deschisă şi curge, turburările generale continuă, trebuie să ne gândim din nou la faringo-adenoita, care continuă toxi-infecţiunea.

Adenoidita acută se comportă la fel. In plus pentru stabilirea diagnosticului avem tuşeul digital al rino-faringelui şi ganglionii cervicali măriţi şi dureroşi.

Digitized by Central University Library Cluj

Sinuzitele supurate ale feţei se citează în tratate, dar probabil că sunt excepţionale în realitate, deoarece eu ca şi alţi specialişti nu le-am întâlnit la nurisoni.

Pyelita se întovărăşeşte de febră mai ridicată, de edemuri, iar turburările de nutriţie şi digestive nu capătă niciodată în cursul acestei maladii importanţa acelora din cursul otitelor. In ultima instanţă diagnosticul se poate face prin analiza urinei şi punctia timpanului.

Celelalte infecţiuni ca: *bronho-pneumonia, pneumonia, pleurezia* şi *pyodermita* nu se întovărăşesc de turburări digestive şi de nutriţie atât de intense ca otita, ba uneori numai la început şi numai în cazurile grave. De exemplu, am întâlnit cazuri când un sugar cu o bronho-pneumonie face la un moment dat o scădere de greutate mai bruscă, îi explorez urechile şi găsesc puroi. Odată deschis copilul începe să crească şi diareea încetează. La câteva zile urechile încetând de a mai curge, reapare diareea şi scăderea care din nou cedează la paracenteză.

Deaceia trebue să avem aproape ca regulă că, în cursul oricărei infecţiuni, dacă turburările digestive sau de nutriţie se agravează brusc la un moment dat, trebuie să ne gândim la posibilitatea unei complicaţiuni otice şi să nu ne mulţumim în explicarea agravărei turburărilor generale numai cu infecţiunea prezentă. Bine înţeles în toate aceste cazuri complicate rezultatele terapeutice ale paracentezei nu vor mai fi întotdeauna aşa de prompte

(sau chiar de loc), ca în cazurile de otită simplă. In aceste cazuri intervin mai mulţi factori: Infecţiunea principală, starea generală proastă a sugarului, starea lui dyssergică determinată de cele mai multe ori de un multiplu de infecţiuni repetate.

Diagnosticul diferenţial se mai poate face între *dispepsia infecţioasă, recte de origină otică* şi *dyspepsia alimentară*. In cea de origină infecţioasă turburările apar brusc, în plină stare de prosperitate a sugarului, în opoziţie cu turburările de origină alimentară, care de regulă apar la copii cu o stare de nutriţie rea, şi se instalează treptat. Scăderile în greutate sunt mult mai mari, de 100 până la 250 gr., în dyspepsiile infecţioase. Febra dacă este mare şi mai ales a precedat turburările, indică origina infecţioasă. In dyspepsia alimentară febra nu există, sau este mică şi apare numai când turburările generale s'au agravat.

In toate aceste cazuri trebue să se examineze din timp urechile prin puncţie exploratoare, căci numai în primele zile ale boalei dacă găsim puroi vom zice că turburările dyspeptice ţin de otită. In caz contrar, când s'a întârziat săptămâni, nu mai putem susţine acest lucru. Căci organismele slăbite prin o dispepsie gravă de ordin alimentar sunt foarte puţin rezistente la diverse infecţiuni şi deci mai târziu se pot desvolta pe ele o otită, dar care poate să nu reprezinte ea însă-şi cauza primă a dispepsiei, ci numai una supraadăugată.

TRATAMENTUL

Tratamentul otitei supurate la sugari este acelaş ca şi la adult. Adică imediat ce se constată prezenţa puroiului în cutia timpanului trebue să-i dăm drumul printr'o *paracenteză a timpanului*. Dacă am găsit puroi într'o ureche, trebue negreşit puncţionată şi cealaltă, căci după cum am spus, la sugari otita este aproape de regulă bilaterală. Ulterior se vor face pansamentele clasice: ştergerea puroiului cu tampoane de vată, urmate de instilaţiuni de apă oxigenată.

Aceste directive terapeutice se vor aplica în otita acută francă, ca şi în cea latentă.

Unii autori germani, ca Finkelstein, Max Meyer recomandă să nu se facă *incizia timpanului* bazaţi numai pe rezultatul otoscopic, ci aceasta să fie *determinată numai de celelalte simptome generale*. Ba ceva mai mult Max Meyer, care curios preferă perforaţia spontană unei paracenteze, vrea să ambiţioneze pe medic spunând că: „artistul în specialitatea sa se deosebeşte de simplul virtuos tocmai prin cunoaşterea ultimului moment de rezistenţă a organismului, a ultimei clipe până când se mai poate spera într'o învingere spontană a boalei".

La „Leagăn" eu nu examinez nici o dată un sugar la ureche, fără să mi se ceară expres acest lucru de către medicii pediatri, cu alte cuvinte examenul otic este determinat tocmai de turburările generale neexplicabile şi care nu cedează la tratamentul făcut până atunci.

Iar la a doua aserţiune că este preferabil să se aştepte *perforaţia naturală* ca fiind ceva natural, cred că părerea majorităţei specialiştilor este absolut contrarie. Cu atât mai mult cu cât acelaş autor în aceiaşi lucrare spune că este greşită părerea acelora, care sub-evaluează otita sugarilor, ca fiind nepericuloasă. Este o mare deosebire între paracenteza făcută de medic şi perforaţia spontană. Afară de faptul că perforaţia spontană se poate face de multe ori într'o regiune a timpanului nefavorabilă drenajului şi deci vindecărei, — dar când incizăm noi timpanul, o facem pe o membrană inflamată, dar cu vitalitatea necompromisă, — pe când natura ca să perforeze timpanul trebue să necrozeze o porţiune din ţesut, riscând astfel ca perforaţia să fie prea largă şi ulterior să nu se mai închidă, sau supuraţia să se cronicizeze. Apoi aşteptând perforaţia naturală, procesul infecţios are tot timpul să sfaceleze mucoasa urecheii medii nu numai în dreptul timpanului, ci şi în allte regiuni expunând bolnavul la complicaţiuni osoase.

Şi dacă această discuţie se poate face în cazul otitelor france, nu se poate pune de loc chestiunea în acel al otitelor latente, în care perforaţia timpanului nu se face spontan de cât în mod excepţional şi în care turburările generale vor progresa pe măsură ce vom întârzia deschiderea urechei.

Fiind că s'a afirmat de către mulţi pediatrii germani, că cele mai multe otite supurate la sugari n'au nevoie să fie paracentizate, făcându-se un abus cu această intervenţie, *am încercat* şi eu în foarte multe cazuri de otite latente, să *nu le deschid*, sperând că acest focar otic în aparenţă de mică importanţă se va resorbi spontan cu ajutorul prişniţelor locale şi a tratamentului general. Mă limitam să fac puncţia timpanului, cu ajutorul căreia mă convingeam de prezenţa puroiului şi lăsam urechea neparacentezată. In foarte puţine cazuri şi numai la copiii eutrofici, voinici, s'a întâmplat ca urechea fără să curgă să se vindece spontan. Dar în majoritatea cazurilor ori începeau să curgă urechile ulterior prin micul orificiu al puncţiei, ori turburările generale continuând mi se aduceau din nou copiii cu rugămintea să-i paracentizez, după 5 alte ori 7 zile de aşteptare inutilă.

Otita latentă odată deschisă nu trebue să credem că am scăpat de orice grije asigurându-i astfel vindecarea, ci trebue s'o urmărim aproape zilnic, observându-i cu atenţiune evoluţia spre vindecare. Căci de multe ori perforaţia timpanului se închide înainte de vreme, când cortegiul de turburări generale reapare şi atunci din nou trebue să facem altă paracenteză, sau s'o lărgim pe cea dintâi dacă a devenit insuficientă.

In afară de tratamentul otitei propriu zise, întotdeauna trebue *să tratăm şi naso-faringele*, focarul primitiv al infecţiei şi cel care în foarte multe cazuri întreţine otita, ba chiar uneori continuă turburările generale după vindecarea ei. Acest tratament se va face prin instilaţiuni în fosele nasale de collargol sau de preferinţă argirol în soluţie de 3%. In cazurile în care acest mijloc se arată a fi insuficient, se poate recurge chiar la badijonarea naso-faringelui cu aceleaşi soluţiuni pe cale bucală. Iar în cazurile

BCU Cluj / Central University Library Cluj

în care cu toate că urechile curg, cu toate că se badijonează rinofaringele, dar în absenţa ori cărei alte afecţiuni, sugarul totuşi continuă starea sub-febrilă şi turburările generale, — în aceste cazuri se va recurge la spălarea trompei lui Eustache cu apă oxigenată instilată în ureche şi forţată să ajungă în cavum-ul faringian prin comprimări repetate a tragus-ului. Alte ori se va recurge la *extirparea amigdalei faringiene*. Insă această intervenţiune eu prefer să o fac cât mai târziu, când starea infecţioasă propriu zisă a cedat şi numai în cazurile în care infecţiunea amigdalei faringiene întreţine pe aceia a urechei traducându-se printr'o tendinţă la cronicizare sau repetare a otitelor. In asemenea cazuri adeneido-tomia s'a dovedit a fi de cea mai mare utilitate, întocmai ca şi la ceilalţi copii.

In ce priveşte *tratamentul general* al sugarilor, instituirea lui desigur că ese din atribuţiunile oto-laringo-logului, dar din experienţa ce o avem susţinem că orice sugar, care are o otită latentă cu turburări gastro-intestinale şi de nutriţie, trebue să fie şi sub îngrijirea unui pediatru. Căci dacă în majoritatea cazurilor de otită latentă diagnosticate la timp, paracenteza timpanului s'a arătat a fi suficientă, totuşi în cazurile cu turburări generale grave — diaree şi scăderi mari — şi cele în care otita s'a descoperit târziu, pediatrul trebue să institue un tratament dietetic potrivit fiecărui caz în parte. De exemplu: un sugar cu otită, diaree şi scăderi mari în greutate, va continua să scadă sau să stea pe loc chiar şi după paracenteza timpanului, dacă va fi alimentat redus ca în prima perioadă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deasemeni în cazurile de acidoză se va injecta ser bicarbonatat şi ser glucozat, iar în caz de alcaloză ser artificial, repetându-se cât mai des examenul chimic al sângelui ca să i se verifice reacţiunea. Căci foarte uşor cu acest tratament neutralizant se poate trece dela acidoză la alcaloză şi invers. Cu ajutorul acestor seruri diureza se restabileşte sau se urcă, deshydratarea dispare, iar ureea sanguină revine la cantitatea normală.

Unii autori cred şi astăzi, după cum am spus, că tratamentul dietetic şi general este suficient el singur să ridice starea generală a unui sugar şi să-l vindece chiar, fără să mai fie nevoe să se recurgă la tratamentul urechei. Totuşi la „Leagăn" noi ne am convins de contrarul. Orice tratament s'ar face, oricât de bun, dacă nu se tratează în acelaş timp şi urechea, nu obţinem nici un succes definitiv. Acest lucru altfel îl recunoaşte şi Ribadeau-Dumas într'un număr recent din „Presse Médicale" (7 Aprilie 1934).

TRATAMENTUL MASTOIDITEI. Ca şi otitele mastoiditele la sugari se pot prezenta sub 2 forme: cele provenite din otite france, relativ frequente, şi cele cari complică otitele latente, excepţionale după părerea mea. In oraş, adică la copiii viguroşi, unde să întâlneşte mai ales forma acută francă de otită, complicaţia mastoidiană este frecventă, se manifestă prin simptome caracteristice, caşi la copiii mari, putând da naştere uneori la abcese sub-periostale. Diag-

nosticul este relativ uşor, iar trepanaţia mastoidei se face întotdeauna cu succes deplin.

Insă la „Leagănul Sf-ta Ecaterina" unde otitele latente constituesc majoritatea cazurilor, mastoidita n'am întâlnit-o decât în mod excepţional. Are o evoluţie insidiuoasă, din care pricină diagnosticul este foarte dificil. La „Leagăn" am trepanat mastoida numai în câteva cazuri şi numai în primul an de funcţionare. Majoritatea acestor cazuri operate au fost letale, din pricina stărei generale disperate în care se găseau bolnavii.

Deşi în unele cazuri de otită latentă am găsit la autopsie osteite întinse ale stâncei, totuşi eu cred că prin paracenteza timpanului *făcută la timp,* indicaţia trepanaţiei mastoidei devine excepţională. Căci în otitele latente nu ostita este cauza turburărilor generale, ci toxicitatea catarului purulent din cavităţile urechei medii, încât drenajul asigurat prin incizia timpanului este suficient aproape în toate cazurile.

Autorii americani Ricards, Carmacc, Jonnston s'au ocupat în deosebi cu chestiunea relaţiilor de cauză şi efect dintre mastoidită şi turburările gastro-intestinale la sugari şi au contribuit foarte mult prin recentele lor lucrări (1929—1931) să stabilească simptomele şi indicaţiile operatorii. Unii din ei sunt pentru trepanaţia mastoidei pe o scară întinsă fără nici o restricţie, iar alţii aşteaptă câteva săptămâni până se liniştesc fenomenele gastro-intestinale acute. Rezultatele operaţiilor n'au fost însă deloc încurăjătoare. Operaţia se face cu anestezie locală cu soluţie de 1% novocaină şi se reduce la deschiderea rapidă a antrului cu chiureta. Acest instrument fiind suficient la această vârstă, iar pneumatizarea apofizei mastoide reducându-se numai la antru.

Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti

După părerea mea în cazurile în care turburările generale n'au cedat la deschiderea timpanului, nu vor ceda nici la trapanaţia mastoidei. Din contră operaţia de cele mai multe ori va agrava şi mai mult starea generală a sugarului, grăbindu-i moartea, care poate avea loc uneori chiar în primele 24 ore dela operaţie prin sindromul caracteristic sugarului, *„paloare-hypertermie"*. Cred că trepanaţia este urmată de succes numai în cazurile în care diagnosticul este pus din vreme şi este executat la început, când sugarul se găseşte în bune condiţiuni generale, este voinic şi are o suficientă resistenţă organică.

CONCLUZIUNI

La sugari se întâlnesc două forme clinice ale otitei medii supurate. O *formă acută,* francă care se manifestă prin febră mare, durere locală, agitaţie, insomnie în general are o simptomatologie atât locală cât şi generală asemănătoare otitelor supurate acute întâlnite la celelalte vârste. Această otită se deschide spontan la câteva ore sau zile de la debut evidenţiindu-se medicului prin scurgerea auriculară. In această formă semnele locale predomină. Se poate uşor complica cu mastoidită, abces subperiostal etc. Turburările generale, ca diaree şi scădere în greutate sunt nule sau fără imprtanţă.

Cea de a două formă este *otita latentă,* pe care eu o mai

numesc *faringo-otită latentă* din cauza frecventei coparticipări a trompei lui Eustache şi a rino-faringelui. In această formă semnele locale sunt extrem de reduse, uneori nule, încât diagnosticarea nu se poate face decât prin puncţia timpanului. Timpanul nu se perforează spontan decât în cazuri excepţionale şi foarte tardiv. In această formă latentă turburările generale ca: scăderea în greutate, diareea, vomismentele şi puţină febră, constituesc singurele simptome.

Din cauza acestor simptome generale care pot pune în pericol viaţa nurisonului, otita latentă a căpătat în ultimii ani o importanţă capitală în patologia sugarilor, mai ales avându-se în vedere marea ei frecvenţă care poate varia între 30% şi 90% după anotimpuri şi epidemii.

După cum se vede, între aceste două forme de otită este o deosebire fundamentală: în forma francă predomină elementul inflamator, *infecţios*, pe când în cea latentă factorul *toxic* ocupă primul plan.

Otita francă s'a constatat că se întâlneşte cu predilecţie la copiii viguroşi şi eutrofici, crescuţi în sânul familiilor cu stare, pe când otita latentă o găsim mai ales la copiii ospitalizaţi, la sugarii din familiile sărace, a căror stare generală lasă de dorit, (dystrofici).

Pe când otita francă se poate uşor complica de mastoidită, abces subperiostal, în care caz trepanaţia mastoidiană este indiscutabilă, — în otita latentă numai în cazuri excepţionale se poate pune indicaţia acestei operaţiuni. Otita latentă fiind mai mult un catar purulent superficial al mucoasei urechei medie, fără tendinţă de propagare în profunzime la os, fiind mai mult o otită toxică decât infecţioasă ca prima.

Deaceia trepanaţia mastoidiană în cazurile de otită latentă mi se pare că este de prisos mai cu seamă că încercările făcute de mine cât şi de diferiţi autori, au arătat că este şi extrem de periculoasă în majoritatea cazurilor. Paracenteza timpanului este suficientă pentru drenajul exudatului purulent. Dacă turburările gastro-intestinale şi de nutriţie nu cedează la paracenteză, explicaţia o avem de multe ori în infecţiunea trompei lui Eustache şi a naso-faringelui, în insuficienţa tratamentului general şi dietetic, şi în sub-alimentaţia sugarului.

In toate cazurile de otită latentă diagnosticate tardiv, tratamentul general şi diatetic recomandat de pediatru trebue să secundeze şi să ajute tratamentul făcut de oto-laringolog.

Tratamentul preventiv al turburărilor grave digestive şi de nutriţie stă în diagnosticarea la timp a otitei. La cea mai mică scădere în greutate, la apariţia primelor vomismente şi scaune neexplicate de nici o altă cauză, trebue să se facă puncţia timpanului.

Numai în acest mod, prin ataşarea sistematică a unui otolaringolog pe lângă orice serviciu de sugari şi prin colaborarea strânsă dintre acesta şi medicul pediatru, se pot pune la adăpost de atâtea grave turburări generale noii-născuţi, cari până mai eri îngroşau atât de mult numărul dyspepsiilor şi al mortalităţei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

INCERCARI DE INOCULARE A LIMFOGRANULOMATOZEI (Boala Nicolas-Favre) la om

de

D-r BANCIU A. şi D-r BLUMENTAL M.

Inoculări de material limfogranulomatos la indivizi atinşi de boala Nicolas-Favre, a produs aceleaşi efecte caşi antigenul Frei obişnuit, tindalizat. Inoculări la oameni nelimfogranulomatoşi au rămas negative; nu s'a observat nici o lesiune locală şi nici reacţii ganglionare satelite.

Inoculându-se produsele patologice ale boalei Nicolas-Favre la oricare din animalele de experienţă (maimuţa, cobai, şobolan, şoarece, epure) s'a obţinut o serie întreagă de manifestări clinice şi leziuni istologice cu totul deosebite de cele pe care le observăm la om. Animalele inoculate contractau meningite, meningoencefalite, peritonite, diferite forme de viscerite, etc., dar niciodată la ele nu s'a putut obţine poradenită inguinală, cu tabloul ei clinic caracteristic. Pentru aceste motive, cunoştinţele pe care le posedăm în ceiace priveşte condiţiunile de inoculare şi perioda de incubaţie la animale nu se potrivesc şi la om; puţinele date pe care le avem în această chestiune au fost obţinute din anamneza bolnavilor, sau aplicând metoda confruntărei.

Copyright Central University Library Cluj

Incercări de inoculare a limfogranulomatozei la om au fost făcute de **Levaditi, Marie şi Lepine; Nicolau şi Banciu; Chevalier şi Bernard; Wassen.** Unii din aceşti autori au întrebuinţat în acest scop creerul de maimuţă infectată prin mai multe treceri, iar alţii puroi provenind din adenopatie.

Nicolau şi Banciu au inoculat, puroi provenind dintr'o adenită la un număr de 6 bolnavi din cari, 3 suferind de boala **Nicolas-Favre** şi ceilalţi 3 bolnavi de şancăre moi. Rezultatele au fost negative; bolnavii au stat sub observaţie timp de 3 săptămâni.

Levaditi, a făcut inoculări disparate care au dat rezultate pozitive, întrebuinţând creer de maimuţă infectată şi puroi provenind din adenite şi din anorectite.

Lucrare făcută în Clinica Dermato-sifiligrafică din Bucureşti, Prof. S. Nicolau.

Chevalier, inoculând puroi scos dintr'o adenită limfogranulomatoasă, la 3 bolnavi, doi din aceştia nu au prezentat nici o leziune, al treilea a avut o adenopatie foarte redusă şi care s'a absorbit spontan după 15 zile. Acelaş autor semnalează însă desvoltarea unei poradenite satelite caracteristică, la un grup de 3 bolnavi din şeapte, cărora li s'a inoculat un antigen „Frei" insuficient sterilizat. Acest autor relevă faptul paradoxal că procentajul inoculărilor positive, obţinute în urma injecţiunilor de antigen Frei a fost superior aceluia dat de inoculările cu puroi nativ, fapt pe care el îl atribue relei stări generale ale bolnavilor.

Noi, luând ca punct de plecare încercările lui Levaditi şi Ravaut, care au inoculat, în scop terapeutic, la trei bolnavi de paralizie generală, creer de maimuţă infectată cu limfogranulomatoză, am inoculat, în acelaş scop, puroi scos dintr'o adenită limfogranulomatoasă, la 4 bolnavi cu paralizie generală.

Efectele terapeutice au fost, caşi în cazurile autorilor citaţi complect nule, dar intrigaţi de rezultatele negative ale inoculărilor, am extins cercetările noastre la un număr mai mare de bolnavi atinşi, fie de paralizie generală sau de idioţie, skisofrenie, maniacodepresivi, alcoolism, taboparalizie, cu scopul de a ne convinge de puterea infectantă a virusului limfogranulomatos. Şi rezultatele obţinute în această nouă serie de experienţe au fost constant negative.

In urma acestor cercetări căpătând convingerea că nu există nici un risc experimental, am extins cercetările noastre pe o serie întreagă de persoane de diferite categorii, unele acceptând benevol încercările de inoculare, apoi la diferiţi bolnavi din clinica dermatologică şi din serviciul pentru prostituate.

Materialul inoculat a fost:

a) Puroi extras din adenite limfogranulomatoase în plină evoluţie.

b) Pulpă obţinută prin triturarea ganglionilor limfogranulomatoşi, emulsionată în apă fisiologică.

c) Serozitate culeasă depe suprafaţa ulcerelor cronice limfogranulomatoase.

d) Ţesut provenind din ulcere cronice, transformat în o pulpă fină prin triturare, şi emulsionat în apă fisiologică.

Natura limfogranulomatoasă a tuturor acestor produse a fost controlată întotdeauna prin căutarea proprietăţilor lor antigenice specifice.

Inoculările au fost făcute precum urmează:

1) Prin erodarea stratelor superficiale ale epidermului.
2) Prin ridicarea epidermului provocând o bulă prin căldură.
3) Prin scarificare.
4) Prin injecţii intradermice.
5) Prin injecţii hipodermice.

Cantitatea de material inoculat a variat după modul de aplicare; In injecţii, cantitatea produsului nu a depăşit 1/2 cc.

Inoculările pe suprafeţe au constat fie din largi badigeonări ale soluţiei de continuitate cu produsul patologic, fie din aplicarea

de comprese, îmbibate cu acelaş produs şi menţinute pe loc 8—24 ore.

Locul unde s'au făcut cele mai numeroase inocułări a fost regiunea genitală şi anume: la om, şanţul balanoprepuţial, glandul, prepuţiul; la femee: vulva, buzele mari şi mici. La un mare număr de bolnavi s'au făcut inocułări în partea supero internă a coapsei. La o aceiaşi persoană s'au făcut simultan una sau mai multe inocułări.

Materialul de inoculare întrebuinţat a fost totdeauna recoltat recent. Pentru injecţii nu am întrebuinţat decât material controlat din punct de vedere bacteriologic; din această cauză produsele patologice recoltate la suprafaţa ulcerelor nu au fost inoculate decât pe pielea erodată sau scarificată. La 5 bolnavi am inoculat propriul lor puroi extras din bubonul limfogranulomatos supurat.

Se pot împărţi cazurile inoculate în 2 grupe: un prim grup coprinzând 155 persoane toate fără limfogranulomatoză, cu reacţia Frei negativă (paralitici generali, idioţii, taboparalizii, maniaco-depresivi, epilepsii, şancăre moi, sifilis, gonococii); un al doilea grup coprinzând 57 bolnavi limfogranulomatoşi, din care 37 având ulcere cronice vulvare sau leziuni anorectale vechi între 3 şi 24 luni şi 15 bolnavi cu leziuni ganglionare în stare evolutivă sau staţionară vechi de 15—90 zile.

Bolnavii inoculaţi au fost urmăriţi cel puţin 6 luni.

Rezultatele inocułărilor au fost următoarele: Toţi bolnavii aparţinând primului grup, fără excepţie, adică acei indemni de limfogranulomatoză nu au prezentat nici o leziune la locul inocułării, cu toate că au stat sub observaţie timp îndelungat. De asemenea ganglionii regionali nu au suferit nici o modificare ca inflamaţie, durere, hipertrofie, iar starea generală a bolnavilor a rămas nemodificată. Tuturor bolnavilor din acest grup li s'a făcut, la diferite epoci după inoculare, reacţia Frei care a dat constant rezultate negative ca şi înainte de inoculare.

Amintim ca fapt deosebit cazurile a 4 bolnavi (doi bărbaţi şi două femei) aparţinând tot acestui grup şi cari, inoculaţi cu puroi extras dintr'un bubon mixt, **şancros şi limfogranulomatos**, nu au prezentat la locul de inoculare decât un şancru moale tipic, fără bubon, iar reacţia Frei a rămas negativă tot timpul, cât a stat sub observaţie (4 luni).

Bolnavii din al doilea grup adică cei atinşi de limfogranulomatoză, sub o formă oarecare, au prezentat la locul de inoculare reacţiunile următoare:

a) Cei inoculaţi prin eroziune sau scarificare au prezentat la nivelul şi în jurul suprafeţei inoculate un eritem mai mult sau mai puţin pronunţat, care a ţinut 48—72 ore, dispărând apoi fără a lăsa nici o urmă.

b) Cei inoculaţi prin injecţii şi mai ales cei, la cari introducerea puroiului s'a făcut pe cale intradermică, au prezentat un nodul infiltrat, de dimensiuni variabile, înconjurat cu o zonă eritematoasă. Această reacţie era analoagă cu cea pe care o dă antigenul Frei la limfogranulomatoşi, dar mai pronunţată; reacţia se menţinea până la 10 zile, lăsând, după resorbţie, o uşoară pată pigmentară.

La doi din aceşti bolnavi, atinşi de ulcere cronice vechi de 5 şi 12 luni inocularea intradermică a dat naştere unui nodul însoţit de un oedem pronunţat, care după câteva zile a suferit o uşoară necroză centrală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Examenul histologic al acestor noduli biopsiaţi ne arată următoarele leziuni: partea centrală a secţiunei este ridicată printr'un proces de flictenizare; de o parte şi de alta a acestei porţiuni se observă un oedem pronunţat al stratului papilar. In derm se vede o masă necrozată, conţinând un număr mare de celule polinucleare, bine colorate. Mai profund în hipoderm, se vede o infiltraţie importantă cu un proces de „Wucheratropie" format în unul din cazurile noastre numai din celule limfoide, iar în celalt caz din celule limfoide şi 2 până la 3 celule gigante, tip **Langhans.** In centrul acestor infiltraţii se găsesc de asemenea mici insule necrotice cu elemente acidofile şi cu mase picnotice.

Vedem deci că imaginea histologică nu se aseamănă de fel cu ceia ce se observă în boala Nicolas-Favre, ci este analoagă cu aceea din fenomenul Koch.

In fine la alţi 3 bolnavi limfogranulomatoşi, a căror infecţie datează de 5, 6 şi 8 luni, nodulul apărut în urma injecţiilor a persistat mai mult timp, devenind în cele din urmă fluctuent. Puroiul extras prin puncţie, în cantitate de 2—4 cc. dovedit steril prin controlul bacteriologic, întrebuinţat ca antigen Frei, a dat reacţii positive numai la limfogranulomatoşi. Aceste reacţii au fost la fel cu cele obţinute prin antigenele Frei de control.

In REZUMAT, din încercările noastre de inoculare a materialului limfogranulomatos (puroi, ganglioni, ulcere cronice) la om, se desprind următoarele fapte:

1) La indivizii atinşi de boala Nicolas-Favre, inocularea acestui material patologic a produs aceleaşi efecte caşi antigenul Frei obişnuit, tindalizat. In două din cazuri, reacţia alergică a fost atât de pronunţată încât s'au produs leziuni analoage cu cele ale fenomenului Koch, în alte 4 cazuri această reacţie s'a tradus prin apariţia de colecţii, a căror puroi a prezentat proprietăţi antigenice identice cu ale celui extras din adenitele limfogranulomatoase.

2) Inoculările făcute la oameni nelimfogranulomatoşi în număr de 155, nu ne-au permis în nici un caz să observăm desvoltarea vre-unei leziuni la punctul de inoculare şi nici reacţii ganglionare satelite, reacţia Frei rămânând la aceştia constant negativă, cum a fost şi înaintea inoculărei.

Aceste fapte experimentale, atât de paradoxale şi în contrazicere cu caracterul contagios al boalei, arată că există o necunoscută în modul de transmitere al acestei infecţiuni.

A. BANCIU et M. BLUMENTAL : *Essais d'inoculation de la lymphogranulomatose (Maladie de Nicolas-Favre) chez l'homme.*

Conclusions: L'inoculation des produits lymphogranulomateux, (pus, ganglions, ulcères chroniques) chez les malades de lymphogranulomatose (Nicolas-Favre), produit les mêmes effets que l'antigène de Frei, tyndallisé.

L'inoculation chez l'homme non-lymphogranulomateux, fait sur 145 personnes, n'a pas permis d'observer aucune lésion locale, ni réactions des ganglions satellites la réaction de Frei reste négative, comme elle a été avant l'inoculation.

CONTRIBUŢIUNI LA STUDIUL CALCULILOR PROSTATICI

de

D-r TRAIAN KATZ-GALAŢI

Chirurg-urolog.

Se insistă asupra litiasei prostatice care nu trebuie confundată cu corpusculii prostatici. Simptomatologia neprecisă, face ca afecţiunea să se confunde cu prostatita cronică şi mai ales cu cancerul prostatei.

Radiografia este indispensabilă. Tratamentul chirurgical sau conservator (endoscopic) depinde de fiecare caz în parte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Calculii prostatici formează încă, o raritate clinică. Fiecare urolog abia-şi aminteşte de câteva cazuri. La noi atât cât mijloacele bibliografice mi-au permis să caut, n'am găsit nici o publicaţiune asupra acestei chestiuni, afară doar de comunicarea D-lui Prof. Agr. Marinescu, făcută la Societatea de Chirurgie.

Herescu în serviciul lui Guyon n'a găsit decât 7 cazuri între anii 1826—1879. Glaësel în 1913, publică o monografie în care adună abia 54 de cazuri găsite, iar în 1932, Joseph Lazarus şi Arthur Rosenthal adună 370 de cazuri din literatura universală. Dacă totuşi, unii urologi americani cum e Kretschmer, relatează statistici personale de 76 de cazuri, aceasta se datoreşte imensului material de care dispun, condiţiunilor technice de diagnostic de care ştiu să se servească, şi mai ales educaţiunii medicului practician american, de a apela mai des la cunoştiinţele specialistului.

Dacă-mi permit să public într'o revistă de medicină practică această comunicare făcută la Societatea de Urologie (şedinţa din 19 Ianuarie 1934), aceasta o fac convins că voiu putea fi de folos confraţilor practicieni, arătându-le cât de dificilă poate deveni uneori situaţiunea medicului curant, când nu se gândeşte la această afecţiune şi cât de uşor se poate pune diagnosticul când o avem în memorie. Deci, raritatea cazurilor, erorile de diagnostic la cari pot preta şi diversitatea simptomelor sub care se prezintă, m'au făcut să public acest articol, care în afară de efectul de a ne reaminti de existenţa acestei maladii, va mai avea şi pe acela de a grupa unele

simptome şi a preciza astfel într'o măsură mai largă capitolul simptomatologiei.

Eu mă refer aci numai la cazurile de calculi primari ai prostatei, autohtoni sau endogeni, cari iau naştere şi se formează în acinii lobilor prostatici, nu la cei secundari sau la calculii uretrei prostatice coborâţi din căile urinare sau la calculii formaţi secundar în vre-o cavernă prostatică sau uretrocel congenital sau câştigat.

Trec direct la expunerea cazurilor aşa cum mi s'au prezentat în practica mea, pentruca din observaţiunile lor să putem mai bine desprinde aceea ce-ar fi mai caracteristic, înserând printre ele consideraţiunile de ordin etiologic şi patogenic.

OBSERV. 1. — I. S. în vârstă de 52 de ani, vechi stricturat din provincie, este tratat pe la diferiţi medici pentru jenă la micţiuni constând din dysurie, polakiurie şi repetate crize de retenţie de urină. In ultimul timp, slăbise cu vre-o 10 kgr. în timp de 4 luni, dilatările deveniseră foarte greu de făcut, bolnavul elimina din când în când câte un chiag de sânge, febricita uneori, aşa că medicii curanţi bănuind un cancer al prostatei, l'au trimis la Bucureşti unde acest diagnosite se confirmă. Având însă în vedere starea generală proastă, se refuză orice intervenţie. Sunt chemat să văd şi eu acest bolnav. Ca aspect general găsesc un bolnav subfebril cu frisoane din când în când, mucoasele decolorate, palid. Nimic deosebit din partea celorlalte organe. Inapotenţă, apatic. Nimic din partea rinichilor. Urină cu greutate, în jet subţire şi întrerupt, o urină tulbure cu coagule de fibrină şi mici chiaguri sanguinolente. Urina alcalină, cu 0,20%₀ albumină, cu numeroase leucocite grupate şi izolate în sediment, hematii, fosfaţi şi carbonaţi de calciu, stafilococi şi enterococi. La tuşeul rectal o prostată, mai degrabă micşorată de volum, imobilă, de consistenţă dură în totalitate, dar mai accentuată pe alocuri, cu marginile dure, cu periprostatită, cu mucoasa rectală foarte aderentă, foarte sensibilă pe alocuri la tuşeu, şi care dădea într'adevăr impresiunea de malignitate. Dar cum diagnosticul de cancer al prostatei este foarte greu de făcut cu prostatita cronică, instituesc bolnavului un tratament anti-flogistic şi antiseptic timp de 10—12 zile, care nu-i modifică însă decât foarte puţin starea locală şi generală. Fiind avertizat că e un vechi stricturat dificil la dilataţiuni, fac întâiu o uretrografie (v. contribuţiuni la studiul Roentgenologic al stricturilor uretrale de Prof. N. Hortolomei şi Traian Katz-Galaţi. Rev. Ştiinţelor Medicale Nr. 10/1933, care-mi decelează în afară de multiplele stricturi şi o cale falşă la nivelul bulbului care explica dificultatea cateterismelor, sondele angajându-se în această cale falşă (vezi fig. No. 1). La nivelul prostatei se observă numeroase umbre cari dacă pot fi luate unele din ele drept abcese cronice ale prostatei, altele însă departe de uretră şi fără nici o legătură cu ele, impuneau pentru un diagnostic de calculi prostatici. Fac peste câteva zile şi o urografie intravenoasă cu uroselectan B. care-mi arată rinichii normali, iar umbrele prostatice la acelaş nivel pe mai multe filme ca şi în uretrografie (vezi fig. No. 2). Aceste caractere radiologice (fixitatea lor pe mai multe clişee şi simetria faţă de simfizia pubiană) m'au făcut să confirm diagnosticul de calculi prostatici, de prostatită cronică calculoasă. Ea explică foarte bine consistenţa dură şi inegalităţile în duritate ale prostatei, simulând un cancer prostatic. Am început să fac cu multă prudenţă dilatări, şedinţe de diathermie endo-uretrală şi rectală şi cu desinfectante şi tonice generale am reuşit în 6 săptămâni să-i fac uretra

Babeş-Bolyai University Library Cluj

permeabilă pentru 11 Charrière. Urinele se limpeziseră, a câştigat 6 kgr. în greutate şi cu toate insistenţele mele şi ale familiei de a accepta o operaţiune a refuzat, susţinând că el va continua în provincie dilatările cu regularitate. Sunt doi ani de atunci, l'am revăzut, s'a îngrăşat cu 14 kgr., urmează regulat dilataţiunile, nu simte decât din când în când câte o jenă la defecaţiune sau când aleargă prea mult.

Iată deci, cum aceşti calculi, pot prin induraţiunile perceptibile la tuşeu şi prin transformările glandei prostatice să inducă în eroare medici practicieni şi chiar specialişti. Dealtfel *Kretschmer formulează ca un postulat insistent de a radiografia orice bolnav suspect de neoplasm al prostatei, în vederea eliminării calculozei prostatice.*

OBSERV. 2. — A. I. în vârstă de 42 de ani, îşi aminteşte că a eliminat acum doi ani un mic calcul pe uretră. Avea urini turburi de vre-o zece ani, a făcut ceva tratamente şi cum aceste urini turburi nu-l supărau deloc, a renunţat de a se mai trata. Nimic venerologic în antecedente; s'a masturbat până la vârsta de 22 de ani. De un an simte o jenă în perineu şi turburări sexuale cari se manifestau prin ejaculaţiuni precoce şi o iritabilitate mare în sfera sexuală. Ejaculaţiunea era uneori dureroasă, iar alte ori nu o resimţea. A consultat în acest an 4 medici cari i-au făcut masaje la prostată, sondaje, instilaţii, diferite injecţii, electricitate, care-i aduceau uşoare şi trecătoare ameliorațiuni. Starea generală foarte bună, nimic deosebit din partea celorlalte organe. Urinile tulburi, cu filamente groase mai ales în al doilea pahar, cu durere la sfârşitul micţiunii, uneori uşor hematurice. Reacţia alcalină, urinele se limpezesc în parte prin adăogarea de acid acetic, urme de albumină. In sediment numeroase leucocite în grămezi şi izolate, rare hematii, stafilococi şi bacili Gram negativ şi pozitiv. La tuşeul rectal, prostata uşor mărită, sensibilă, dar nu prea dureroasă. Expresiunea în regiunea liniei mediane foarte dureroasă. Exprimatul uşor sanguinolent. In exprimat numeroase leucocite grupate şi izolate, hematii, bacili Gram pozitiv, foarte rari corpusculi prostatici. La examenul cu bula olivară regiunea uretrei prostatice e foarte sensibilă şi am impresiunea că sonda mea se freacă de un corp străin. Bănuind un calcul angajat în uretră, mai ales că bolnavul mai eliminase unul, îi fac o radiografie care mi-arată şi calculul uretral şi numeroşi calculi prostatici (vezi fig. No. 3). Am aşteptat câteva zile provocând bolnavului o diureză abundentă, să vedem dacă nu va elimina singur acest calcul şi cum timp de 4 zile nu s'a produs această eliminare spontană, am introdus tubul uretroscopic al lui Luys şi cu ajutorul unei pense de biopsie vezicală, am putut sfărâma pe loc acest calcul fosfatic pe care apoi bolnavul l'a eliminat complect. Operaţia a fost puţin dureroasă, a avut o uretroragie, i-am pus o sondă „a demeure" 24 de ore şi apoi totul s'a aranjat, în sensul că putea urina fără durere. După opt zile i-am făcut o uretroscopie posterioară care mi-a permis să văd pe pereţii laterali ai uretrei, nişte depozite fibrinoase cât un ac de gămălie. Vrând să le îndepărtez cu sonda, observ că sunt foarte puţine mobile pe loc, dându-mi la contactul cu sonda impresia de duritate. Mi-am dat seama că sunt doi mici calculi în grosimea prostatei, care au erodat peretele uretrei şi care puteau sta astfel ani de zile până când să poată fi expulzaţi pe căi naturale. Am lărgit cu ajutorul sondei de electro-coagulare orificiile prin cari îi vedem şi prin diferite manevre am putut luxa un calcul pe care l'am scos cu o pensă,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

celălalt neputând fi mobilizat. Ingrijirile postoperatorii au durat vreo 8—12 zile, după care bolnavul a eliminat după o defecaţiune un calcul cât un bob de piper negru. Analiza chimică a arătat predominenţa fosfaţilor şi carbonaţilor de calciu. Am îngrijit fosfaturia şi constipaţiunea lui, i-am recomandat şedinţe de diatermie rectală, iar medicul curant îmi relatează că starea lui generală şi locală s'a ameliorat foarte mult şi că mai ales raporturile sexuale au redevenit normale.

Un bolnav deci, căruia calculii prostatici îi produceau o simptomatologie mai mult sexuală decât micţională şi căruia diferitele tratamente încercate de diferiţi confraţi nu-i au adus nici o ameliorare.

Calculii prostatici când sunt mai aproape de peretele uretral pot prin evoluţiunea lor să erodeze mucoasa uretrală şi să devină prostato-uretrali sau uretrali aşa cum a fost în cazul nostru. Observaţia următoare e şi mai tipică din acest punct de vedere.

OBSERV. 3. — M. S. în vârstă de 67 de ani, tatăl unui distins conlist din Capitală, vechi stricturat uretrotomizat de vreo 3 ori şi care avea de vre-o 30 de ani urinele mereu purulente. In ultimii doi ani sondajele mergeau mai greu având perioade când urina foarte uşor cu jet mulţumitor, alternând cu perioade de jenă în perineu, dureri la defecaţiune şi o scurgere uretrală penibilă şi neinfluenţabilă de tratamentele obicinuite. In ultimele luni, bolnavul observase că jetul urinei se schimba în aceeaş micţiune, chiar devenind când slab aproape picurând, când puternic şi abundent. In ultima lună face două crize de retenţiune. Medicul curant observa un fenomen ce-i părea lui foarte curios. Introducea de exemplu o sondă No. 6 sau No. 8 şi când voia să introducă sonda următoare, aceasta era oprită în regiunea perineală. Altădată nu putea introduce nici o filiformă. Intr'o astfel de ocaziune, într'o retenţiune, nereuşindu-i cateterizarea, mă chiamă în consult. Cum starea era urgentă, am încercat şi eu să introduc o sondă, şi am ajuns cu ea până în dreptul unui obstacol, care nu-mi dădea impresiunea că ar fi o stricnină sau un spasm. Introducând un deget în rect cu scopul de a mă orienta, simt o prostată mare cât un ou de porumbel şi plină cu corpusculi ca grăunţe de porumb. Aveam chiar această impresie că aşi palpa o guşă de găină plină cu grăunţe. Mi-am dat seama că mă găsesc în faţa unui caz tipic să zic aşa, de calculoză prostatică, aceste crepitaţiuni caracteristice acestei maladii simţindu-se foarte rar, şi numai atunci când calculii sunt numeroşi şi când au transformat prostata într'un fel de pungă sau sac cu pereţii mai mult sau mai puţin subţiri. Mi-am explicat greutatea cateterismelor şi fenomenelor descrise şi cu ajutorul unui deget introdus în rect prin câteva mişcări am reuşit să introduc sonda evacuatoare.

A doua zi am făcut bolnavului o uretrografie (vezi fig. Nr. 4), iar peste câteva zile o radiografie simplă (vezi fig. Nr. 5), care mi-a confirmat diagnosticul de calculi prostatici şi prostato-uretrali. Nimic renal. Unul din calculi probabil era situat în uretra posterioară sau mai de grabă era pe jumătate în prostată şi jumătate în uretră, şi era o chestiune de hazard dacă sondele puteau sau nu să treacă. Am explicat colegului că cu manevra introducerii degetului în rect putem mobiliza calculul aşa ca să ne permită trecerea sondelor în vezică. Acest caz nu poate fi tratat decât pe cale chirurgicală. Tre-

bue făcută o prostatectomie. Cum bolnavul e şi un diabetic şi un cardiac, aşteptăm ca starea lui generală să se amelioreze pentru ca să putem interveni. Este un caz din cele rare în care tuşeul prostatic singur poate pune cu certitudine diagnosticul de calculoză prostatică prin senzaţiunea de crepitaţiune pe care o simţim. Aceasta explică întreaga simptomatologie şi ea întreţine piuria, starea de disurie, frisoanele şi starea subfebrilă.

Unii autori susţin că aceşti calculi ar fi secundari unei prostatite, adică, întâiu am avea o infecţiune care ar produce în interiorul acinilor, desquamaţii epiteliale, mici chiaguri sanguine şi acestea ar forma cu bacteriile şi cu corpii amilacei, nucleul în jurul căruia s'ar depune apoi sărurile de fosfaţi şi carbonizaţi de calciu. Aceste formaţiuni însă, sunt aşa zisele concreţiuni prostatice pe cari le întâlnim foarte des în procesele supurative, dar cari nu sunt adevăraţii calculi prostatici. Pe aceştia trebue să-i mai deosebim şi de corpusculii prostatici cari se găsesc în mod normal în prostată şi cari sunt o secreţiune particulară a epiteliului glandular, găsindu-se, mai rar, chiar la copii şi persistând dela vârsta pubertăţii până la stingerea activităţii sexuale. Aceşti corpusculi prostatici, sunt după Seigert de două feluri: unii, corpora versicolora, de culoare cafenie închisă, mici cât un fir de nisip sau cât un ac de gămălie, se pot găsi cu sutele uneori în prostatele bătrânilor şi nu se calcifică niciodată, iar alţii, corpora flava, refractare reacţiei iodului ar forma stadiul iniţial al adevăraţilor calculi prostatici. Pentru formarea acestora intervin cauze predispozante locale şi generale. Printre cele dintâiu menţionăm în primul rând, pe acele cari produc o stasă, o congestiune a pelvisului şi deci a glandei, de exemplu constipaţiunea, neregularitatea sau abuzurile sexuale, uneori reţinerile prea îndelungate ale micţiunii. Predispoziţiuni locale congenitale, cum ar fi turburări în dinanismul prostatei, prostate atone sau cu proaste posibilităţi de evacuare ale conţinutului prostatic (ductusuri sinuoase sau defavorabil aşezate pentru a deservi un bun drenaj). Infecţiile căilor urinare inferioare, uretro-prostatitele, joacă şi ele un rol principal, fie că sunt primare sau secundare, dar nu sunt indispensabile cum admit unii. S'au găsit calculi prostatici la adult, fără nici o urmă de infecţiune (Maisonnet). Dacă infecţiunea ar fi factorul principal, ar trebui atunci ca toate prostatitele cronice să fie urmate de calculi prostatici. Ori, cu ocaziunea studiilor mele radiologice asupra micţiunii şi asupra uretrografiei pe un număr de peste două sute de radiografii făcute bolnavilor la diferite vârste şi cu diferite afecţiuni uretro-prostatice, n'am găsit nici un caz cu calculi prostatici, şi atunci, dacă infecţiunea e un factor predispozant prin inflamaţiunea şi staza ce o produce (cu toate că putem avea stază şi congestiune fără infecţiune, aceasta survenind secundar) cred eu şi această opiniune a mea nu e împărtăşită de cei mai mulţi, că o condiţiune tot atât de importantă ca şi cauzele predispozante locale, e diateza litiazică (cauză predispozantă de ordin general). Aşa cum avem o calculoză renală sau vezicală, aşa avem şi o calculoză prostatică. După cum avem litiază renală şi mai ales vezicală la copii, aşa avem şi calculoză prostatică la copii. (Cazul lui Emerling, un calcul de

BCU Cluj / Central University Library Cluj

mărimea unui ou de porumbel la un copil de 12 ani, care suferea de 2 ani de turburări micționale. Operație, vindecare. Cazul lui Pernaud — ambii citați din Glaesel — care extrage pe cale perineală un calcul de 30 gr. unui copil de 10 ani care suferea de enuresis și în ultimii ani de fenomene de cistită).

Ca o confirmare a celor susținute de mine, eu aduc din 6 observațiuni ale mele, trei observațiuni, în care bolnavii au avut și calculi vezicali sau renali asociați calculilor prostatici.

OBSERV. 4. — G. H. în vârstă de 44 de ani, avea de vreo 6 ani, urini, turburi cu polakiurie diurnă, cu jenă în perineu, senzații de greutate, oboseală, o jenă care mergea uneori până la dureri mai ales la defecațiune. A consultat diferiți medici cari au diagnosticat o prostatită cronică. Au făcut timp îndelungat diferite tratamente care nu reușeau nici măcar pentru o scurtă durată să-i clarifice urinele. Cu aceste simptome și cu o stare psihică proastă, bolnavul mi se prezintă la consultație. De constituție bună, nu prezenta nimic deosebit din partea celorlalte organe, doar culoarea tegumentelor cam palidă. Regiunea rinichiului drept sensibilă, punctele costo-muscular și ureterale drepte, sensibile. Urinile ambelor pahare erau turburi, în cel de al doilea mai accentuată, mai ales în ultimele picături. Reacția urinei alcalină, albumină 0,10$^0/_{00}$, în sediment numeroase leucocite în grămezi și izolate, hematii și epitelii. Colibacili (confirmați prin culturi) și stafilococi. Rectal, prostata mărită de volum, mai puțin mobilă, de consistență inegală, sensibilă în toto, dar mai ales foarte sensibilă în unele puncte. In exprimat leucocite în grămezi, foarte rar corpusculi prostatici, numeroase hematii. Reziduiul vezical 20 gr. Deci o prostatită rebelă la tratamentul obișnuit, hematii în exprimat, o slăbire a funcțiunii sexuale, m'au făcut să mă gândesc la vreun abces cronic de prostată sau vre-o neoformațiune în uretra posterioară. Pe de altă parte sensibilitatea rinichiului drept îmi impune întâiu să elimin vre-o afecțiune renală. Fac deci bolnavului după cateterismul uretral explorator o cistoscopie, care îmi decelează un col vezical neregulat, oedemațiat, cu congestie în regiunea trigonului și cu o ejaculațiune de urină turbure din orificiul ureteral drept usor oedemațiat. Cromocistoscopia arată o eliminare a colorantului, injectat intravenos, din orificiul ureteral stâng după patru minute, iar din orificiul ureteral drept după opt minute. Fac o radiografie simplă care îmi decelează un calcul cât o cireașă în regiunea rinichiului drept, și câteva umbre suspecte în regiunea prostatei. Fac o urografie cu uroselectan B și observ în afară de calculul renal drept cu hydronefroză, aceleași umbre în regiunea prostatei. Cum știam dela cistoscopie că în vezică nu sunt calculi, am presupus că aceste umbre nu pot fi altceva decât calculi prostatici. Chiar dacă nu aș fi făcut cistoscopia, numai cistografia vezicei mi i-ar fi confirmat. (Atunci când avem în regiunea prostato-vezicală umbre suspecte și nu știm dacă sunt calculi vezicali sau prostatici, facem o cistografie și dacă umbrele cad sub marginea inferioară a vezicei, ele sunt calculi prostatici. Eu, pentru a localiza mai ușor și mai sigur calculii prostatici fac o uretrografie ori de câte ori bănuesc vreun proces uretro-prostatic). Am făcut și aici uretrografia (vezi fig. 6) care mi-arată uretra normală, iar de o parte și de alta în regiunea prostatei calculii prostatici în interiorul micilor cavități prostatice. Bolnavul a fost operat bine înțeles întâiu la rinichiul drept unde i s'a făcut o pyelotomie (Prof. Hortolomei—Katz-Galați și Cuten). Azi e aproape un an dela operație, se simte foarte bine ca stare generală, urinele

Digitized by Babeș-Bolyai University Library Cluj

s'au limpezit mult, dar în paharul al doilea sunt din când în când filamente, bolnavul suferă încă aceeaşi jenă şi greutate în prostată. Având în vedere că la dânsul calculii sunt prea depărtaţi de mucoasa uretrală şi că nu i-am putea extrage pe cale endoscopică, i-am propus având în vedere şi vârsta lui (45 ani) şi starea generală excelentă şi pericolele la care s'ar putea expune menţinând o prostată calculoasă (accentuarea infecţiunii locale şi puseurile de infecţiune generală) prostatectomia, singura operaţiune folositoare şi radicală în acest caz.

Intotdeauna când am găsit un calcul în vre-un organ al aparatului urogenital trebuie să facem radiografia aparatului uro-genital în întregime, gândindu-ne la posibilitatea asocierii litiazei vezicale sau prostatice cu cea renală sau vice-versa. Cât de adevărat este acest principiu va reeşi cu mai multă claritate din expunerea cazului următor.

OBSERV. 5. — P. V. în etate de 56 de ani, consultă un confrate urolog, (după ce mai înainte fusese mult timp tratat pentru stricturi uretrale şi prostatită cronică) pentru urini turburi cari nu se clarificau de loc, şi care pune diagnosticul de litiază vezicală. Extrage calculul vezical pe cale supra-pubiană; bolnavul continuă însă a avea urini turburi. Se face mai târziu o radiografie a regiunii vezicale care decelează numeroşi calculi prostatici (vezi fig. 7).

I se propune o prostatectomie pe care el o refuză. In acest timp dacă i se făcea şi o radiagrafie renală, adică a întregului aparat urogenital, eu cred că s'ar fi găsit şi calculii lui renali şi atunci diagnosticul calculilor prostatici ar fi avut o şi mai mare importanţă atrăgându-ne atenţiunea asupra litiazei lui renale. După câtva timp bolnavul continuând să aibe urini purulente cu dysurie şi polakiurie, cu stări subfebrile sunt chemat în consult de mult regretatul D-r N. Buşilă, medicul lui de casă, ca să văd bolnavul şi să dau indicaţiile de tratament. Bolnavul de constituţie puternică, febricita, avea regiunea lombară dreaptă sensibilă, punctele costo-muscular şi ureterale drepte sensibile. Urina cu greu, o urină purulentă cărămizie, de aspect nisipos, mai ales către sfârşitul micţiunii, însoţită de dureri mari. Bolnavul atrăgându-mi atenţia despre trecutul lui litiazic, fac o radiografie simplă şi una cu uroselectan B a întregului aparat urogenital şi constat în afară de calculii prostatici, numeroşi calculi în rinichiul drept. Prostata la tuşeu mărită, de consistenţă inegală, cu duritcăţi mai accentuate în unele locuri, foarte sensibilă la tuşeu, cu periprostatită. In exprimat puroi, hematii şi numeroase cristale de carbonaţi şi fosfaţi de calciu. A fost operat întâiu la prostată (prostatectomie) şi apoi i s'a făcut pielotomia. Iată deci un caz de litiază renală, vezicală şi prostatică. Indiscutabil că prostatita lui a fost o cauză predispozantă pentru formarea calculilor prostatici, dar nu-i mai puţin adevărat că şi rolul diatezei litiazice apare evident.

OBSERV. 6. — A. G., pensionar în vârstă de 62 de ani, (regret că colegul căruia aparţine bolnavul a înapoiat clişeele pacientului fără a-şi fi făcut copii), este în tratamentul unui confrate de aproape un an de zile pentru turburări micţionale, constând în dysurie, dureri la sfârşitul micţiunii, cistite repetate. Tratamentele obicinuite făcute eşuau. Sunt chemat să văd bolnavul într'o criză de cistită. M'am abţinut bineînţeles dela orice explorare instrumentală. După 3—4 zile de repaus şi anti-flogistice cistita cedase. Urina era turbure mai ales la sfârşitul micţiunii şi cu aspect nisipos. Bolnavul nu elimi-

nase nici un calcul. Avusese vre-o două uretrite gonococice în tinerețe complicate cu epididimită, iar suferințele actuale datau de vre-un an și jumătate. Prostata ușor mărită, de consistență dură la margini, foarte sensibilă în regiunea șanțului median. In exprimat numeroase leucocite alterate, grupate și izolate, hematii și numeroase cristale de fosfat de calciu. Uretra foarte sensibilă la trecerea bulei olivare (22 Charrière) prin dreptul uretrei prostatice. Ușoară sensibilitate a regiunii lombare drepte. O radiografie simplă a întregului aparat urogenital ne arată un calcul enorm coraliform în rinichiul stâng și numeroși calculi prostatici. Orice insistență din partea noastră de a-l opera, au fost zadarnice preferând să urmeze tratamente conservative medicale. Deci însă un caz de litiază renală cu calculoză prostatică. De altfel în literatura universală s'a mai publicat asemenea cazuri (vezi bibliografia), deși cred că nu s'a insistat destul asupra acestui punct patogenic.

Tratamentul calculilor prostatici este de două feluri:

1) *Pe cale endoscopică* așa cum am procedat și eu în observ. Nr. cu ajutorul uretroscopului și a electro-coagulării. Incizând mucoasa uretrală, lărgesc orificiile de comunicare cu uretra ale cavităților prostatice în care se găsesc calculii, și fie că mobilizez pe loc calculul și-l extrag sau îl împing în vezică așteptând ca bolnavul să-l expulzeze singur sau să-l extragem noi din vezică, fie că prin ușoare masagii ale prostatei sau prin eforturile defecațiunii, bolnavii îi expulzează apoi spontan. Această cale endoscopică își are indicațiile ei restrânse. Ea e indicată de numărul redus al calculilor și de situațiunea lor în raport cu lumenul uretral, de vârsta pacientului (de ex. bătrâni cardiaci și diabetici la cari o operațiune radicală e contra indicată) și mai ales în cazurile de abcese cronice sau pseudocaverne prostatice în comunicare cu lumenul uretral, Heitz—Boyer în „Journal d'Urologie" din 18 Febr. 1935, comunică rezultatele fericite ale câtorva cazuri de calculi prostatici formați în pseudocavernele prostatice și extrași pe cale endoscopică. Este o intervenție ușoară în mâinile specialistului, ține pe bolnav doar 10—15 zile în casă sub supravegherea medicală, neobligându-l a sta în pat.

2) *Pe cale chirurgicală.* Prostatectomia rămâne rezervată tuturor celorlalte cazuri. Este operațiunea radicală care înlăturând prostata, înlătură și viitoarele complicații. Aceste complicații pot fi: abcese cronice, fistule, infecții ascendente ale rinichilor, infecții generale cu caracter septicemic. Cu atât mai mult va fi indicată când bolnavul va avea și un rezidiu vezical, când va fi asociată și cu un adenom de prostată și când vârsta și starea generală bună o vor permite. Rămâne la aprecierea chirurgului urolog dacă va interveni pe cale perineală, supra-pubiană sau dacă va face doar o prostatotomie.

Bolnavul odată operat nu trebue părăsit din vedere. E datoria medicului curant să se intereseze de analiza chimică a calculilor extrași. (Ei sunt în majoritatea cazurilor formați din fosfați, carbonați și oxalați, foarte rar din urați), și să nu neglijeze tratamentul general și local. Bazați pe analiza calculului vom ști dacă trebue să acidulăm sau să alacalinizăm urinile bolnavului și aceasta s'o facem nu în mod empiric ca până acum, ci cu ajutorul măsurării Ph-ului uri-

nar. Voi mai avea ocaziunea să reviu asupra acestei chestiuni (vezi „Acţiunea Apelor Minerale asupra Ph-ului urinar", de D-r Traian Katz-Galaţi, comunicare făcută la Soc. Rom. de Urolog. (Rev. Rom. de Urol. No.). Vom îngriji de dieta alimentară şi medicamentoasă care să modifice terenul diatezei litiazice asociindu-i la nevoie şi o cură hydro-minerală, iar local se va continua cu spălături uretro-vezicale, cu diferite substanţe medicamentoase impuse de imprejurări, cu diatermie rectală, chiar dacă s'a făcut o prostatectomie. Diatermia stimulează ţesuturile la închiderea logei prostatice. Nu trebue scăpat din vedere un fapt important şi anume că chirurgul poate opera foarte bine, dar că în urologie succesul depinde de tratamentul post-operator care este atât de important ca şi operaţiunea. Logea prostatică de multe ori nu se închide nici după 2—3 ani dela operaţie, şi în locul prostatei rămâne o cavitate, o cloacă, (vezi fig. Nr. 8) care e sediul infecţiunilor şi recidivelor. Această eventualitate trebue să fie cunoscută de medicul curant căruia îi revine sarcina de a trata pe bolnav după operaţiune. Tratamentul local să fie mult timp continuat, controlul urinilor în vederea colibacilului enterococului, stafilococului mereu făcut şi numai aşa supraveghiind starea locală şi generală ne vom putea pune la adăpostul recidivelor sau complicaţiunilor.

DIAGNOSTICUL DEFERENŢIAL trebue făcut în primul rând cu cancerul prostatei. In acest caz radiografia simplă a regiunii vezico-prostatice, în caz de calculi, va înlătura acest diagnostic.

2) Cu prostatita cronică. Aceasta cu un tratament apropiat se ameliorează şi reuşim într'un interval mai mult sau mai puţin îndelungat să clarificăm urinele. Uretrografia şi uretro-cistoscopia sunt ajutoare preţioase.

3) Cu tuberculoza prostatei. Aceasta survine cam între 18 şi 45 de ani, se însoţeşte şi de alte localizări tuberculoase în aparatul urogenital.

PRONOSTICUL BOALEI este în funcţiune de starea bolnavului generală şi locală, de numărul calculilor (s'au găsit uneori cu sutele, ba chiar Rovsing citează un caz al lui personal unde a putut număra 1247 de calculi) de maladiile asociate ca stricturi uretrale, adenom de prostată şi mai ales litiază reno-vezicală.

Cu cât vom opera bolnavul mai din vreme, cu atât îl voi pune mai la adăpostul complicaţiunilor. Nu trebue aşteptat, aşa cum preconizează unii, până la apariţiunea întregii simptomatologii şi mai ales până când să putem simţi crepitaţiunile, la tuşeul rectal. Bolnavul poate sta ani de zile într'o perioadă de toleranţă, de linişte, dar la primele simptome şi mai ales odată diagnosticată maladia, să-l îndemnăm să se opereze fie pe cale endoscopică sau chirurgicală. Să nu uităm că prezenţa lor în ţesutul prostatic, favorizează infecţiunea şi că resorbţiunea produselor toxi-infecţioase dau stări septicemice generalizate sau cu metastaze în alte organe. Calculii prostatici produc cu timpul reacţii tisulare cu pierderea elasticităţii uretro-glandulare şi *fapt şi mai grav, ei pot deveni cu timpul o spină iritativă pentru malignizare, pentru începutul cancerului prostatic.*

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

No. 9 – 10 | 1935

CONTRIBUŢIUNI LA STUDIUL CALCULILOR PROSTATICI

de

D-r TRAIAN KATZ-GALAŢI

Fig. No. 1.— Cisto-uretrografie, — care ne indică jos, în dreptul săgeţii, calea falşă şi multiplele stricturi—iar în regiunea prostatei mici abcese prostatice în cari sunt situaţi calculi prostatici confirmaţi prin radiografiile cu Uros B (vezi fig No 2).

Fig. No. 3 — Radiografie simplă indicând jos, calculul uretral şi, în jurul simfizei, calculii prostatici.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

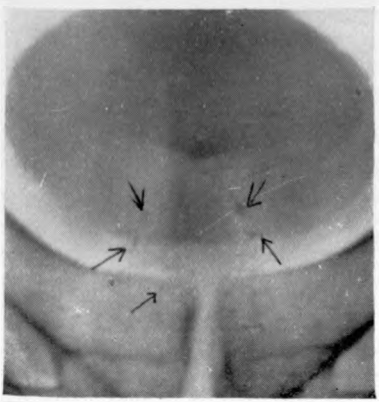


Fig. No. 2 — Radiografie în care se văd calculii prostatici (umbrele situate simetric în jurul şi deasupra simfizei pubiene). Aceasta este una din radiografiile cu Uroselelectan B— pe care aceste umbre apăreau constant—nedeplasându-se prin mişcările bolnavului sau prin micţiune.

Fig. No. 4. — Uretrografie, care ne arată multiplele stricturi uretrale şi întreaga prostată plină de cavităţi în cari sunt situaţi calculii prostatici confirmaţi prin radiografie simplă (vezi fig. No. 5).

Fig. No. 5. — Radiografie simplă a aceluiaş bolnav. Intreaga prostată e plină de calculi de diferite mărimi—dintre cari, unii sunt chiar pe linia mediană (prostato-uretrali).

Fig No. 7 — Numeroşi calculi prostatici de diferite dimensiuni—grupaţi în jurul simfizei pubiene.

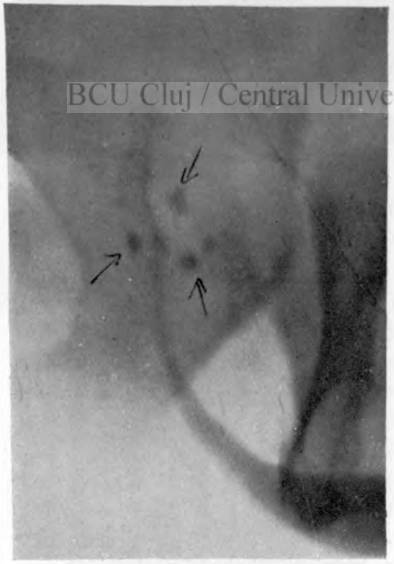


Fig. No. 6 — Uretrografie cu sol. Uros. A. 30%. In dreptul uretrei prostatice se văd umbrele calculilor prostatici (marcate cu săgeţi) situaţi în mici caverne prostatice şi confirmaţi şi prin radiografia simplă.

Fig. No. 8 — Uretro-cistografie făcută unui bolnav la 1 an după prostatectomie. In locul prostatei (în dreptul săgeţii) se vede o cloacă în care urina stagnează şi care e sediul infecţiunilor şi recidivelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In REZUMAT: Calculii prostatici datorită perfecţiunilor tehnice de diagnostic, nu mai trebue socotiţi ca o raritate clinică. Ei provin din corpora flava şi la formarea lor concură predispoziţii locale (congestii, stază, infecţii) şi generale (diateza litiazică). Ne gândim la existenţa lor: în cazurile de prostatită cronică, rebelă tratamentelor obicinuite; când la tuşeul rectal simţim neegalităţi în consistenţă (noduli) sau crepitaţiuni; când găsim prezenţa constantă a hematiilor în exprimat; la bolnavii cu cistite repetate, cu piurie mai accentuată la sfârşitul micţiunii, cu aspect nisipos al ultimelor picături şi mai ales când în anamneza bolnavului găsim antecedente litiazice. Radioscopia* îi confirmă şi face diagnosticul diferenţial radiologic cu calculii altor organe. Tratamentul este endoscopic sau chirurgical.

BIBLIOGRAFIE

Blanc-Bordeaux: Sur un cas de lithiase prostatique (100 calculs) Assoc. fr. d'urologie XXX | 930. — *Beyer:* Calculs migrateurs autochtons de la prostate (Scalpel Nr. 24) 597 | 600 74 Année. — *Bellot & Pasteau:* Radiographie prostatique. XXXI Congrès franc. d'urologie, Oct. 1931. — *Gasper*: Münch. M. d. Woch. Nr. 43. — *Castagnol*: Un cas de lithiase prostatique J. d'Orolog, Nr. 6, 509. — *Le Fur René:* Calculs de la prostate extraits par uretroscopie, J. d'urolog, 21 Nr. 3.— *Filenz Karl:* Steine in der Prostata. Z. f. Urolog. Bd. 24. 1930. H. 6. — *Forssel:* Fortschr. der Roentgenstr. 13. — *Gallo*: Z. f. ur. Chirurg. 13. 372. — *Gayet G.* Études sur quelques cas de calculs de la prostate. Jr. d'urolog. T. XXV. 1928. — *Gérard M. Lille*: Calculs de la prostate XXXIII Congrès franc. d'urologie. Oct. 1933. — *Glaesel August*: Calculi prostaticii veri. Z. f. urolog. Chirurg. Bd. II. 1914. Aci găsim literatura până în 1913. — *Halbfas*: Wiener Urolog. Gesellschaft 3. VII 1929 Z f. urolog. Chirurg. Bd. 20 S. 289. — *Hermann Johann:* Prostatasteine Z. f. Urolog. Chirurg. Bd. 21 | 102. — *Kinoshita:* Die Lioide der Prostata Z f. Urolog. Bd. XIV. 1920. — *Kretschmer Herman:* T-me prostatic calculi. Clinical data based on seventy three cases. Americ. Assoc. of genito-urin. surg. 10. p. 375—390 393—400. — *Joseph A. Lazarus & Arthur A. Rosenthal* (New-York): Les calculs vrais de la prostate. (the Urol. and Cut Review vol. XXXVI Nr. 2 1932). — *Maisonnet:* Soc. fr. d'Urologie 15. III. 926 T. XXI 1926 350—354. — *Pleschner*: Z. f. Ur. Chir. 21—391. Prostatasteine. — *Pfister E.*: Z. Urol. 16.

TR. KATZ-GALATZ: *Contributions à l'étude des calculs de la prostate.*

Six observations de calculs de la prostate. Il faut penser à cette affection quand il s'agit d'une prostatite chronique rebelle aux traitements habituels. 2) Quand dans le liquide prostatique exprimé, ou trouve des hématies. 3) Dans les prostatites avec des noyaux sensibles à la palpation avec ou sans infection. 4) Quand il y a une lithiase réno-vésicale associée à une prostatite. 5) Dans certains cas d'incontinence et quand il y a des douleurs à la défécation et certains troubles génitaux (hémospermie, éjaculation précoce etc.) Le diagnostique est fait rarement par le toucher rectal. La radiographie est le meilleur moyen de les déceler.

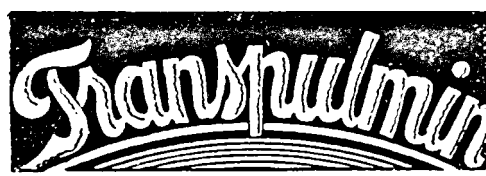
Il ne faut pas les confondre avec les corpuscules prostatiques, qui se trouvent normalement dans la prostate. L'infection est souvent associée, mais pas indispensable. Le traitement est toujours chirurgical (la prostatectomie). La méthode endoscopique que l'auteur pratique aussi, est reservée aux cas où l'opération radicale est contre indiquée, ou dans les cas spéciaux qui se prêtent à l'extraction par l'urétroscope.

*) Radiografiile bolnavilor au fost făcute în laboratorul de Roentgen a D-rului Traian Katz-Galaţi.

TR. KATZ-GALAŢI: *Beiträge zum Studium der Prostatasteine.*

Sechs Beobachtungen von Prostatasteinen. An dieses Leiden müssen wir denken 1) Wenn eine chronische Prostatitis jeder Behandlung trotzt 2) Wenn sich im Prostata-sekret rote Blutkörperchen finden. 3) Bei Prostatitiden mit palpationsempfindlichen Kernen mit oder ohne Infection. 4) Wenn sich zu einer Prostatitis eine Steindiathese hinzugesellt 5) Bei einigen Fällen von Harnblaseninkontinenz. 6) bei Schmerzen während des Defekationsaktes, sowie Stöhrungen in der Sexualsphäre. Palpatorisch sind Prostatasteine selten zu diagnostizieren, am sichersten emfielt sich hiezu die Radiographie. Von Prostatasteinen wären auseinader zuhalten die Prostatakörper, die normalerweise in der Vorsteherdrüse vorkommen. Infektion ist vorhanden, kann manchmal fehlen Prostatektomie ist die radikale Operation. Die konservative Behandlung auf endoskopischen Wege, die auch Verfasser übt, sei auf die fuer eine Radikaloperation ungeeigneten Fälle beschränkt. Die endoskopische Methode wäre ebenso bei Prostata-Uretralsteinen heranzuziehen.

Contra afecţiunilor inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Chinină basică şi camfor, solvate în

oleuri eterice.

Injecţiuni absolut indolore: aplicare intramusculară.

Transpulmin este o inovaţie aşa de importantă în terapie, încât nu va dispare niciodată din practica medicală. (Prof. G. von Bergman),

In comerţ: cutii cu 5 şi 10 fiole a 1 şi 2 cmc.; flacoane de 15 cmc.

PENTRU TERAPIA SIFILISULUI

SOLUŢIE CLARĂ DE BISMUT ÎN COMPOZIŢIE OPTIMALĂ

Avantagii: 1) **Nu e dureros.** 2) Nu produce reacţiuni locale (dureri, inflamaţiuni sau efecte nedorite). 3) 0.70 gr. sol conţine 0.06 gr **Bismut metalic.** 4) Resorbţie rapidă. 5) Acţiune de lungă durată. 6) Manipulare simplă.

CHINOIN S. A. Repr. g-lă: „FREDERIC SPODHEIM" & Co., S. A.

BUCUREŞTI I, Str. Sf. Constantin No. 4

TRATAMENTUL HEMOPTIZIILOR TUBERCULOASE PRIN ROŞU DE CONGO

de

D-r P. COPACEANU şi D-r STAMATE LEŢU

Roşul de Congo opreşte hemoptiziile prin mărirea coagulabilităţii sângelui şi prin şocul humoral ce provoacă.

Roşul de congo are proprietăţi hemostatice, semnalate de către H. Kittner şi M. Rossak. Experimental s'a dovedit că acest medicament modifică timpul de coagulare, măreşte numărul monociţilor şi al placheţilor, precum şi al fibrinei sângelui. Deaceea, el a fost întrebuinţat, pe o mică scară bine înţeles până în prezent, în afecţiuni hemoragice şi în acelea în care există o turburare a coagulărei sanghine, cum ar fi purpura.

Acţiunea coagulantă a roşului de congo a fost folosită şi în oprirea hemoptiziilor. Metoda a fost recomandată în 1930 de către *Becker*. Autorii englezi, *H. V. Morlock* şi *A. J. Scott Pinchin* au tratat cu acest medicament un mare număr de cazuri de hemoptizii. Medicamentul l-au întrebuinţat pe cale intravenoasă şi soluţia a fost de 1%. Doza obişnuită a fost de 10 cm. c. în o singură injecţie. In general, se produce după această doză un mic fior pe care autorii au căutat să-l evite întrebuinţând o doză mai mică, 5 cm. c. care dă rezultate mai puţin nete, chiar dacă este repetată, decât o singură doză de 10 cm. c. Hemoptizia odată oprită, ea se poate reproduce din nou câteva ore mai târziu şi atunci se opreşte iarăşi după injecţia alte doze de 10 cm. c. In un caz, cei doi autori englezi au injectat, din eroare, 20 cm. c. S'a produs un fior intens urmat de fenomene grave de collapsus, totuşi hemoragia care era gravă s'a oprit ca prin farmec.

Am întrebuinţat şi noi această metodă, în cazuri de hemoptizii produse în cursul tuberculozei pulmonare. In toate aceste cazuri, a fost vorba de hemoptizii care arătau o tuberculoză în evoluţie.

OBSERVAŢIUNI:

I. Bolnavul Lică I. intră în sanatoriu la 28 Maiu, pentru leziuni bacilare fibro-cazeoase bilaterale. Stare generală mediocră, febril, tuşeşte şi expectorează moderat. In ziua de 4 Iunie are o hemoptizie abondentă (300 cm. c.). I se face 10 cm. c. roşu de Congo intravenos, în urma căreia hemoptizia se opreşte imediat. Bolnavul nu mai dă în zilele următoare decât spute de culoare negricioasă.

II. Pacienta Florica B. de ani 28, intră în sanatoriu la 16 Iulie 1935.

Diagnostic: leziuni ulcero-cazeoase unilaterale. Stare generală mediocră. Febră, tuse şi expectoraţie abondentă. In ziua de 5 August are o puternică hemoptizie febrilă (800 cm. c.). I se injectează imediat 10 cm. c. roşu de Congo fără a i se aplica alt tratament decât repaus şi calmante ale tusei. Spre seară mai dă câteva cheaguri de sânge, iar a doua zi câteva spute negricioase. Temperatura îi scade treptat. Intre timp i se aplică pneumotorax artificial.

III. Pacienta Maria I., leziuni ulcero-cazeoase bilaterale. Stare generală mediocră, subfebrilă, tuşeşte şi expectorează mult. La 16 August are o hemoptizie abondentă (250 cm. c.). I se face 10 cm. c. roşu de Congo intravenos. Fără să aibă fiorul obişnuit, hemoptizia se opreşte, fără să se mai reproducă în zilele următoare.

IV. Pacientul Radu C., leziuni fibro-cazeoase bilaterale. Stare generală rea. Tuşeşte şi expectorează mult. La 2 August are o hemoptizie medie (100 cm. c.). I se face 10 cm. c. roşu de Congo 1%. Hemoptizia cedează imediat şi nu se mai reproduce în zilele următoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

V. Bolnavul Iancu L., leziuni fibro-cazeoase limitate bilaterale. Stare generală foarte bună. Tuşeşte şi expectorează moderat. In ziua de 18 Iunie prezintă o hemoptizie de intensitate medie (150 cm. c.). I se face 10 cm. c. roşu de Congo intravenos. Prezintă fior. Hemoptizia cedează. Se repetă a doua zi. I se face iar 10 cm. c. roşu de Congo. Se repetă a treia zi. I se face iar 10 cm. c. roşu de Congo, când hemoptizia cedează definitiv.

VI. Ermina B., leziuni ulcero-cazeoase bilaterale. Stare generală mediocră, febră, tuşeşte şi expectorează mult. In ziua de 29 Iunie are o hemoptizie puţin abondentă (50 cm. c.). Primeşte 10 cm. c. roşu de Congo 1%, după care simte fior şi hemoptizia se opreşte fără a se repoduce. In zilele următoare mai dă doar spută de culoare negricioasă.

VII. Tănase D., leziuni ulcero-cazeoase bilaterale. Stare generală bună. Tuşeşte şi expectorează puţin. Afebril. In ziua de 22 Iulie are o hemoptizie abondentă (450 cm. c.). I se face 20 cm. c. roşu de Congo 1% intravenos. Are un foarte puternic fior. Mai dă până seara câteva spute hemoptoice, a doua zi chiaguri roşu închis şi hemoptizia se opreşte definitiv. In afară de calmante ale tusei, hrană rece şi lichidă şi repaus complect, nu i s'a aplicat alt tratament.

VIII. Elena M., infiltraţie bacilară a ambelor vârfuri. Stare generală bună. Afebrilă. Tuşeşte şi expectorează moderat. In ziua de 10 Iunie are o abondentă hemoptizie (300 cm. c.). Imediat primeşte 15 cm. c. roşu de Congo intravenos. A doua zi mai expectorează încă 50 cm. c. sânge. I se mai face iarăşi încă o injecţie de 10 cm. c. cu acelaş medicament. Hemoptizia cedează şi nu se mai reproduce în celelalte zile.

IX. Nathan I., leziuni ulcero-cazeoase bilaterale întinse. Starea generală rea. Febră, tuse, expectoraţie abondentă. La 10 Maiu are o hemoptizie puternică (400 cm. c.). I se face 10 cm c. roşu de Congo 1%. Hemoptizia cedează. La 20 Maiu are o hemoptizie şi mai puternică (500 cm. c.). I se face şi de astă dată 10 cm. c. roşu de Congo şi hemoragia se opreşte. Peste 8 zile dă iar sânge (800 cm. c.). Făcându-i-se 20 cm. c. roşu de Congo, are un fior foarte puternic şi hemoptizia se opreşte, fără a se mai repeta în zilele următoare. Nici un alt tratament nu i s'a aplicat decât calmante ale tusei, repaus, hrană rece şi lichidă.

X. Chemal I., leziuni bacilare fibro-cazeoase bilaterale limitate. Stare generală foarte bună. Afebril. Tuşeşte şi expectorează foarte puţin. Face de o lună tratament cu sanocrizină (2,50 gr.). La 19 Aprilie are o hemoptizie abondentă (350 cm. c.). I se face 20 cm. c. roşu de Congo. Are un foarte puternic fior. Hemoptizia se opreşte fără a se mai repeta. In zilele următoare nu scoate altceva decât spute negricioase. Tratamentul cu sanocrizină e continuat.

XI. Doamna L. S., însărcinată în luna a treia, cu copil la sân, cu leziuni pulmonare unilaterale (infiltraţia celor 2 treimi superioare ale plămânului drept). Stare generală mediocră. Are în ziua de 20 Septembrie câteva hemoptizii abondente care se repetă şi la 21 şi la 23 şi care nu cedează nici la clorur de calciu administrat per-os şi nici la gluconatul de calciu administrat intravenos. La 24 aceeaşi lună i se face o injecţie de 10 cm. c. roşu de Congo 1% intravenos. Hemoptiziile se opresc şi nu se mai reproduc în zilele următoare.

Rezultatele obţinute cu acest medicament în tratamentul hemoptiziilor tuberculoase, în cele 11 cazuri rezumate mai sus, le putem califica drept bune. Doza întrebuinţată de noi a fost în general de 10 cm. c. Nici odată nu am injectat mai puţin. In două cazuri am injectat chiar mai mult odată 15 cm. c., altă dată chiar 20 cm. c. Aproape întotdeauna s'a produs fior, care cu cât doza este mai mare cu atât este mai impresionant. O a doua injecţie bolnavul o acceptă mai greu, mai ales cel din oraş.

Totuşi doza de 10 cm. c. ni se pare cea mai bună, o doză mai mare trebue evitată din cauza fiorului intens care îi urmează.

O singură injecţie a fost suficientă să oprească definitiv hemoptizii abundente (850,450 cm. c.); alte ori oprirea a fost de câteva ore numai, dar după o nouă doză încetarea a fost definitivă. In un caz o hemoptizie s'a produs de trei ori la 8—10 zile interval. De fiecare dată injecţia de roşu de Congo a putut-o opri, ultima dată cu 20 cm. c. şi definitiv.

Deşi am avut mai multe cazuri de hemoptizii la care am fi putut aplica tratamentul, totuşi am ales cazurile pentru ca experienţa noastră să fie mai demonstrativă şi am injectat roşu de Congo numai în hemoptiziile cu cel puţin 50 cm. c. de sânge. De remarcat că la toţi aceşti bolnavi, în afară de calmantele obişnuite ale tusei (dionină, codeină) şi repaus, noi am renunţat la oricare alt tratament care să vizeze hemoptizia. Numai într'un singur caz se întrebuinţase şi fără succes injecţiunile cu gluconat de calciu şi cloruri de calciu per os.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acţiunea fericită a tratamentului s'ar putea explica în două moduri:

a) Prin proprietăţile coagulante ale roşului de Congo;

b) Prin producerea unei stări de şoc.

Acest al doilea mecanism ni se pare foarte important. Am observat odată că la un bolnav cu hemoptizii, orice tratament încercat a rămas fără efect. Dar în urma unei injecţiuni intra-venoase cu clorur de calciu, s'a produs o stare de şoc foarte puternică şi hemoptizia a încetat definitiv.

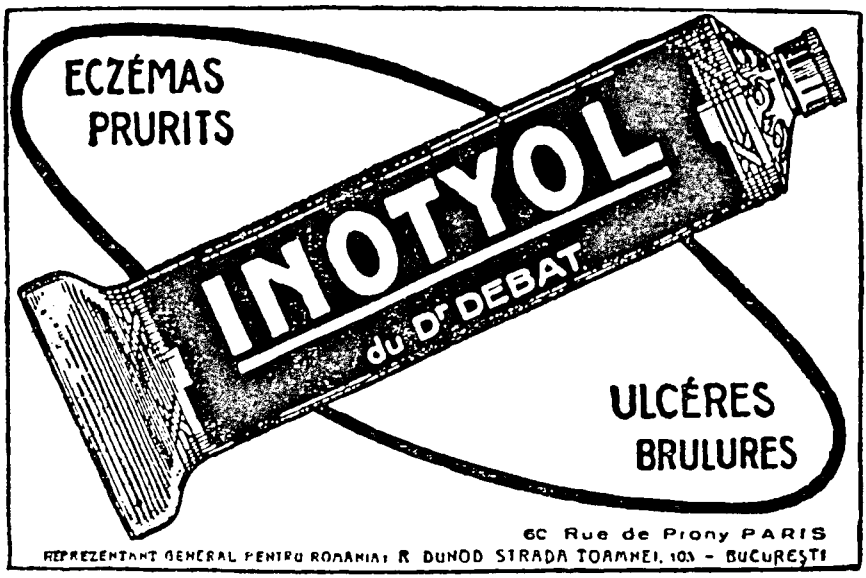
In acest caz, clorurul de calciu n'a acţionat graţie proprietăţilor sale cuagulante, căci injecţiuni anterioare cu acelaş medicament au rămas fără efect şi numai când s'a produs şocul al cărui mecanism nu-l cunoaştem (poate impurităţi ale medicamentului), rezultatul bun a fost obţinut. In această privinţă amintim că, pentru *Feissly*, acţiunea hemostatică este legată de o acţiune de şoc.

Deci, prin roşul de Congo, se poate obţine oprirea hemoptizei prin augmentarea coagulabilităţii sângelui, cât şi prin o acţiune cardio-depresoare (şoc) când se introduc doze de 10 cm. c. Peste această doză se riscă însă a se produce stări de şoc grave care dacă în cazurile noastre n'au avut urmări serioase, în altele pot avea *)

P. COPĂCEANU şi STAMATE LEŢU: *Le traitement des hemoptisies tuberculeuses par le rouge de Congo.*

P. COPĂCEANU şi STAMATE LEŢU: *Behandlung der tuberculosen Hemoptoen durch Congorot.*

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj



*) Pentru literatură vezi A. Ravina: Câteva tentative terapeutice cu privire la hemoptizii.—Presse Medicale No. 7 | 1935.

Lucrare din Clinica Medicală Cluj
Director: Prof. D-r Iuliu Haţieganu

SINDROM ATIPIC DE ADAMS-STOKES INTR'O DISOCIAŢIE COMPLETA CU EXTRASISTOLE VENTRICULARE. ACŢIUNEA CLORUREI DE CALCIU ASUPRA RITMULUI CARDIAC

de

D-r AUREL MOGA
Asistent

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In decursul disociaţiei atrio-ventriculare, o accelerare bruscă a ritmului cardiac poate provoca turburări nervoase. Apariţia accidentelor poate fi favorizată de administrarea unor medicamente.

Sindromul lui Adams-Stokes în forma sa clasică se compune dintr'o pauză ventriculară şi pierderea cunoştinţei cu convulsiuni epileptiforme. Pauza ventriculară constitue elementul cel mai important al sindromului şi factorul principal în mecanismul sincopei.

Este cu totul neobicinuit să constatăm în decursul unui bloc atrio-ventricular aceleaşi fenomene nervoase, însoţite de un ritm de 80—90 pe minut, cum este în cazul, care formează subiectul acestei lucrări. *Gallavardin* şi *R. Froment* au observat 4 cazuri asemănătoare şi citează încă 12 culese din literatură; *E. Coelho* de asemenea publică 2 observaţiuni de acest gen. Concluzia la care ajung aceşti autori este că există în boala lui Adams-Stokes sincope, cari nu sunt datorite unei pauze ventriculare, ci unui epizod de tachicardie ventriculară prefibrilatorie sau chiar unei fibrilaţii trecătoare (Gallavardin). Aceste sincope ar avea acelaşi aspect clinic, ca şi cele produse printr'o pauză ventriculară. Interesul lor ar consta în contribuţia pe care o aduc la studiul mecanismului sincopei şi a morţii în boala lui Adams-Stokes; ele ar constitui un semn de

prognostic grav, pentrucă denotă alteraţiuni serioase ale miocardului. Apariţia lor poate fi condiţionată de un tratament intempestiv cu digitală sau chinidină. Amintim însă că după *Wenckebach* această formă a sincopelor cardiace trebue separată de sindromul lui Adams-Stokes, deoarece ar avea o patogenie deosebită, mult mai apropiată de formele cari survin în legătură cu tachicardia paroxistică.

Observaţiunea noastră, înafară de frecvenţa de 80—90 pe minut a pulsului în timpul acceselor, prezintă un interes şi prin aspectul clinic deosebit al simptomelor nervoase, prin evoluţia sa, precum şi prin constatările electrocardiografice pe care le-am făcut după administrarea de clorură de calciu.

Sz. Iuliana de 57 ani, spălătoreasă, din Cluj, intră în clinica medicală în ziua de 5 Mai 1935.

In antecedentele heredocolaterale nimic important. A. personale: F. tifoidă la 16 ani, disenterie la 17 ani, reumatism poliarticular la vârsta de 18 ani. De 8 ani este în menopauză.

De un an bolnava acuză dispnee la efort şi palpitaţiuni precardiace. Tot de atunci prezintă nişte accese caracterizate prin ameţeli, alteori pierderea cunoştinţei, însoţită de contracţiuni clonice în jumătatea superioară a corpului. Accesele sunt anunţate uneori printr'o senzaţie de apăsare asupra capului şi palpitaţiuni şi atunci bolnava se culcă sau se aşează imediat pe un scaun, pentru ca să nu cadă. Uneori însă succesiunea fenomenelor este aşa de rapidă, încât bolnava nu mai are timp să le prevină şi cade la pământ. După ce-şi revine, continuă să simtă ameţeli, o stare de slăbiciune generală, are transpiraţiuni reci şi ţiituri în urechi. Toate aceste fenomene au o durată variabilă (5 minute până la $1/2$ oră) şi se repetă în mod neregulat, fie de mai multe ori pe zi, fie odată la săptămână. In intervalul dintre accese, bolnava îşi poate vedea de ocupaţiunile sale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Examenul obiectiv. Matitatea precardiacă între limitele normale, sgomotele cardiace clare, rari extrasistole. Arterele periferice sinuoase, dure, frecvenţa pulsului 28—32 pe minut, tens. art. $18^1/_2$—6 (V.—L.). Din partea celorlalte organe nimic deosebit.

Ortocardiograma: arată diametrele inimei normale (D'G = 10,4 cm. D G' = 12,9, d. transversal 12,7, G G' = 7,4, D'G' = 12,1, săgeata ventr. stg. = 1,8; aorta = 2,3 cm.) R. Bordet—Wassermann negativă; în urină nimic deosebit.

Mersul boalei: In ziua de 5 Maiu 1935, bolnava prezintă un acces caracterizat prin pierderea cunoştinţei (aprox. 1,2 minute), convulsiuni clonice la extremităţile superioare cu mişcări sincrone ale capului, faţa cianozată. In timpul accesului pulsul se palpează, este aritmic, frecvenţa 80 pe minut. Jugularele turgescente, accesul se continuă cu o stare lipotimică însoţită de aceleaşi mişcări clonice timp de $1/2$ oră. In această fază numeroase extrasistole, înregistrate electrocardiografic. (Fig. 2).

La 6 Mai 1935, bolnava fiind prezentată studenţilor la curs are un nou acces caracterizat prin sincopă, contracţiuni clonice frecvente, **deviaţia conjugată a ochiului şi capului în spre stânga.** D-l Prof. Haţieganu constată frecvenţa pulsului 90 pe minut. Sincopa se continuă cu aceeaşi stare de lipotimie şi convulsiuni clonice timp de 15—20 minute. In zilele următoare bolnava pre-

zintă accese repetate cu aceleaşi caractere, alteori numai lipotimii, cu contracţiuni clonice în extremităţile superioare.

Din ziua de 10 Mai până la părăsirea clinicei, bolnava n'a mai avut nici un acces. Tot aşa nici după plecarea din clinică până în ziua de 10 August controlată săptămânal n'a mai avut nici un acces.

In acest interval de timp s'au înregistrat numeroase electrocardiograme. *In intervalul dintre crize* în zilele de 3—10 Mai, electrocardiograma prezintă aspectul de bloc complet fără extrasistole (vezi fig. 1). Ritmul ventrciular autonom R — R = 2,00 sec. (frecv. 30 pe minut) complexul Q.R.S.T. normal. Ritmul atrial P — P oscilează între 0,88 sec. şi 1,00 sec. (frecv. 60—69 pe minut).

Din motive technice nu s'a putut înregistra nici un traseu exact în timpul sincopei ci câteva minute mai târziu, când bolnava prezinta ameţeli şi rari contracţiuni clonice în extremităţi. Aceste traseuri arată 2—3 extrasistole ventriculare, secundând pulsaţiunile autonome ale ventriculelor. Extrasistolele sunt polimorfe, atipice, se succedă la un interval de 0,40 până la 0,46 sec. Complexele ventriculare autonome sunt şi ele deformate şi polimorfe. Ritmul atriilor oscilează între P — P = 1,00 — 1,20 sec. (fig. 2).

Iată acum particularităţile pe cari le prezintă observaţiunea noastră:

Este vorba de o bolnavă cu arterioscleroză fără semne de insuficienţă circulatorie, la care ritmul fundamental al inimei este un bloc total cu o frecvenţă ventriculară de 28—32 pe minut. Sub forma de crize repetate bolnava noastră prezintă accidentele nervoase, pe cari suntem obişnuiţi să le vedem în maladia lui Adams-Stokes, cu deosebirea că în *timpul crizelor în locul unei pauze ventriculare se constată accelerarea bătăilor cardiace şi a pulsului la 80—90 pe minut.* Electrocardiogramele înregistrate în decursul stării lipotimice care urmează sincopei, pun în evidenţă o disociaţie a-v. complicată de 2—3 extrasistole ventriculare după fiecare complex ventricular autonom. Având în vedere aspectul electric polimorf şi uneori atipic al extrasistolelor, credem că putem atribui sincopa unei stări prefibrilatorii a ventriculilor. Aceasta cu atât mai mult, că începând cu data de 10 Mai până la 10 August a. c. n'am mai pus în evidenţă extrasistolele şi nici accesele nu s'au mai repetat. In schimb după injecţia de clorură de calciu s'au reprodus salvele extra-sistolice însoţite de fenomene lipotimice fără sincopă.

In sprijinul interpretării noastre vin şi câteva din observaţiunile citate de Gallavardin şi anume:

Obs. lui Henseval: Accese de Adams-Stokes cu pauză cardiacă; dela un moment dat însă accesele erau însoţite de un puls de 140 pe min. iar ecg. arată *un bloc total cu extrasistole.*

Obs. lui Schwab: Un traseu înregistrat după sfârşitul unui acces Adams-Stokes arată o fibrilaţie auriculară cu bloc complect; *fiecare pulsaţie a ritmului automat este urmată de o extrasistolă, apoi după o scurtă pauză de câte 2 extrasistole de sens alternant.*

In obs. lui *Gallavardin* şi *Froment* pe blocul total se grefează

în timpul accesului o tachicardie ventriculară de 120, în cea a lui *Coelho* de 70 pe min.

Pe câteva din traseurile lui *Kerr* şi *Bender* de asemenea s'au pus în evidenţă *câteva minute după sincopă extrasistole bigeminate cu complex anormal complicând blocul.*

In forma comună a maladiei lui Adams-Stokes după criză revenirea este imediată fără a fi urmat de stare lipotimică, deoarece circulaţia sau se restabileşte complect, sau se opreşte definitiv şi sincopa devine mortală. In cazul nostru, în loc de o revenire complectă şi imediată, după sincopă bolnava rămâne încă 20—30 minute într'o stare lipotomică cu contracţiuni clonice ale extremităţilor superiroare şi capului. Atribuim această stare extrasistolelor frecvente (câte 2—3 de fiecare complex ventricular autonom) înregistrate pe electrocardiogramă în timpul acestei faze. Bolnava îşi revine complect numai când extrasistolele dispar sau devin foarte rari. Putem asemăna această stare lipotimică cu accesele subintrante de Adams-Stokes realizate într'un grad mai atenuat.

Mai relevăm aici, fără a-l putea interpreta, un simptom pe care nu l-am găsit menţionat în literatură în legătură cu sindromul lui Admas-Stokes: este *deviaţia conjugată a capului şi globilor oculari în timpul sincopei.*

Nu vom discuta în detaliu mecanismul atât de complex al acestor sincope. Expusă în mod foarte schematic, patogenia lor în forma comună a sindromului lui Adams-Stokes se reduce la pauza ventriculară şi ischemia cerebrală consecutivă cu suspendarea momentană a funcţiunilor creerului. Când nu este mortală, acelaşi efect îl poate produce şi fibrilaţia ventriculilor din cauza frecvenţei mari, a neregularităţii şi insuficienţii contracţiunilor ventriculare. In cazul nostru însă frecvenţa ritmului ventricular este aproape normală, pulsul radial, deşi mai mic, era palpabil; tocmai de aceea credem, că este foarte probabilă intervenţia unui alt factor şi anume a vaselor cerebrale. Deja *Huchard* şi după el *Volhardt* au atribuit un rol important stării vaselor cerebrale în patogenia acceselor de Adams-Stokes. *Laubry* de asemenea subliniază faptul, că extrasistolele adeseori sunt cauza lipotimiilor şi sincopelor la arterioscleroşi, pentrucă la bătrâni arterele şi în deosebi reţeaua vasculară a creerului nu mai au nici supleţea, nici motricitatea necesară pentru a se acomoda modificărilor circulatorii, pe care le produc extrasistolele.

Tocmai de aceea şi în cazul nostru presupunem că sincopa este, în parte cel puţin, consecinţa inadaptării arterelor cerebrale sclerozate la schimbarea bruscă a regimului circulator sau a unor reacţiuni vasomotorii anormale ale vaselor cerebrale. Prin natura şi localizarea lor, aceste reacţiuni ar putea explica eventual şi aspectul clinic atipic al acceselor (durata lungă a crizelor, prezenţa deviaţiei conjugate ale capului şi ochilor).

In deslănţuirea aritmiei care provoacă aceste turburări circulatorii, nu trebue neglijat nici rolul sistemului nervos vegetativ. Posedăm traseuri electrice în cari pe traecte destul de lungi nu se constată nici un P, sau pe alte lambouri P-urile sunt foarte rari

BCU Cluj / Central University Library Cluj

(Fig. 1). Este un fenomen de inhibiţie sinusală periodică pe care nu-l putem explica decât printr'o acţiune a nervului vag asupra nodului sinusal. In schimb extrasistolia poate fi interpretată prin acţiunea simpaticului asupra centrilor heterotopi terţiari. Este un desechilibru vegetativ pe care-l putem reproduce după cum vom vedea prin anumite doze de clorură de calciu injectată intravenos.

ACŢIUNEA CLORUREI DE CALCIU ASUPRA RITMULUI CARDIAC a fost mult studiată.

Intr'o doză nu prea mare, pe inima izolată de animal, calciul măreşte frecvenţa excitaţiunilor atât în centrii normotopi cât şi în cei heterotopi. *Rothberger* şi *Winterberg* precum şi alţi autori subliniază faptul, că această acţiune se exercită într'un grad mai pronunţat asupra centrelor heterotopi, în deosebi cei terţiari. Această acţiune se traduce prin apariţia extrasistolelor sau a fibrilaţiei ventriculare. Prin injecţiuni de calciu la câine şi pisică *Danielopolu* a putut provoca extrasistole sau accese de tachicardie paroxistică.

Dozele mari ar avea o acţiune inversă, aceasta însă este încă discutată. In orice caz este stabilit, că acţiunea calciului este în funcţie şi de doza şi de condiţiunile în cari se face experienţa.

La om *Semmerau* a observat apariţia unui bigeminism într'un caz cu automatism ventricular după 4 grame de clorură de calciu. După *Danielopolu* o augmentare bruscă a conţinutului de calciu în sânge poate provoca la o inimă predispusă sau nu accese de tachicardie paroxistică.

După *Danielopolu* calciul produce aceste efecte prin intermediul nervilor cardiaci. Ionul Ca. are o *acţiune amfotropă*. Calciul excită în special parasimpaticul şi centrii heterotopi. Excitarea parasimpaticului are un efect predominant asupra centrului care în momentul respectiv comandă contracţiunea cardiacă. Când acesta este centrul normotop, diminuă automatismul acestuia, în schimb simpaticul excitând centrii heterotopi favorizează apariţia ritmului heterotop.

Inainte de a expune acţiunea observată de noi trebue să subliniăm că:

1) In momentul experienţelor cordul era sub acţiunea centrului normotop, prezenta însă un bloc 2/1 (Fig. 3).

2) De mai multe zile bolnava n'a mai prezentat extrasistole spontane prin urmare putem pune apariţia lor în contul ionului Ca. Alte injecţii intravenoase nu le-a putut provoca. (Injecţii glucoză).

3) Era vorba însă de un cord predispus, întrucât în primele zile după intrarea în clinică bolnava prezenta o aritmie extrasistolică.

Iată acum electrocardiogramele obţinute:

1) Inainte de injecţie: Bloc 2/1 (ritm 60/30) cu oarecare grad de aritmie sinusală. (P—P = 0,86—1,10 sec., P—R = 0,34 sec.). (Fig. 3).

2) Imediat după inj. 5 cc. clorură de calciu sol. 10% (0,50 cgr.) intravenos urmează o fază scurtă de bloc 3/1, în care frecvenţa ritmului cardiac rămâne aproximativ aceeaşi: P—P = 0,86—1,16 sec.

3) Urmează din nou un bloc 2/1 cu o aritmie sinusală mai pronunţată şi

un ritm mai lent (P—P' = 1,00—1,60 sec., în medie 1,30 sec., deci o frecv. de 46 pe min.

4) Urmează apariţia **blocului complect cu extrasistole** bigeminate, pe urmă salve de câte 2—3 extrasistole ventriculare atipice, polimorfe (Fig. 4). Din punct de vedere clinic în această fază bolnava acuză ameţeli, o stare de slăbiciune generală fără pierderea cunoştinţei şi prezintă rari contracţiuni clonice în extremităţile superioare. Este realizat tabloul clinic pe care l'am constatat imediat după sincope.

5) După vre-o 30 minute dispar extrasistolele, rămâne automatismul ventricular şi P-urile devin foarte rare (inhibiţie sinusală).

Am căutat să vedem şi efectul unei doze mai mari şi am injectat la interval de câteva minute de 2-ori câte 10 cc. clorură de calciu 10%, în total 2 grame:

1) Inainte de injecţie era acelaşi bloc 2/1 (P—P' = 0,88—0,98 sec.).

2) Urmează o scurtă perioadă de încetinire a ritmului sinusal şi bloc 3/1 (P—P = 1,00—1,16 sec.).

3) După aceea se revine la blocul 2/1.

4) Apoi ritmul atrial se accelerează şi blocul se transformă în 4/1—6/1 (P—P' = 0,68—1,00 sec.). (Fig. 5).

5) După o durată de vre-o 20—25 min. apare pentru o durată foarte scurtă automatismul ventricular cu foarte rari extrasistole. In acelaşi timp se constată o uşoară încetinire a ritmului sinusal cu faze de inhibiţie sinusală.

6) Această fază este urmată de o nouă accelerare a ritmului sinusal cu dispariţia automatismului ventricular, formându-se în schimb în bloc de 6/7/1 încât ritmul ventricular devine foarte rar. (P—P = 0,56 sec., R—R = 3,80 sec., frecvenţa ritmului ventricular = 15-16 pe minut).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prin urmare cu doza de 0,50 gr. clorură de calciu s'a obţinut — după o accelerare trecătoare — diminuarea progresivă a frecvenţei ritmului sinusal, pe unele locuri cu bloc sino-atrial sau o inhibiţie periodică a sinusului. Conform concepţiei Prof. Danielopolu, acest fenomen se datoreşte acţiunii predominante a n. vag asupra centrului în funcţiune. In acelaş timp acţiunea simpaticului asupra centrilor heterotopi se manifesă sub forma apariţiei ritmului ventricular autonom, secundat de extrasistole bigeminate ori în grupe.

Doza mai mare (2 gr.) de clorură de calciu a produs o accentuare destul de pronunţată a ritmului sinusal (dela 62—64 până la 106—112 pe minut), cu apariţia de foarte scurtă durată a autonomiei ventriculare. In schimb blocul parţial se accentuiază 2/1 la 7/1. Având în vedere că în linii generale acest efect este tocmai invers celui produs prin doza de 0,50 gr., îl putem explica printr'o acţiune tot amfotropă asupra nervilor cardiaci. Anume doza mai mare de clorura de calciu prin intermediul simpaticului a accelerat ritmul sinusal; iar prin parasimpatic a diminuat conductibilitatea fasc. His şi excitabilitatea miocardului ventricular, împiedecând tot odată intrarea în funcţiune a centrilor heterotopi.

Dacă facem o comparaţie cu doza întrebuinţată de Semmerau (4—6 gr. faţă de 0,50 gr.), trebue să concludem că efectul diferitelor doze variază dela individ la individ în raport cu starea miocardului sau cu starea de echilibru dintre nervii vegetativi cardiaci.

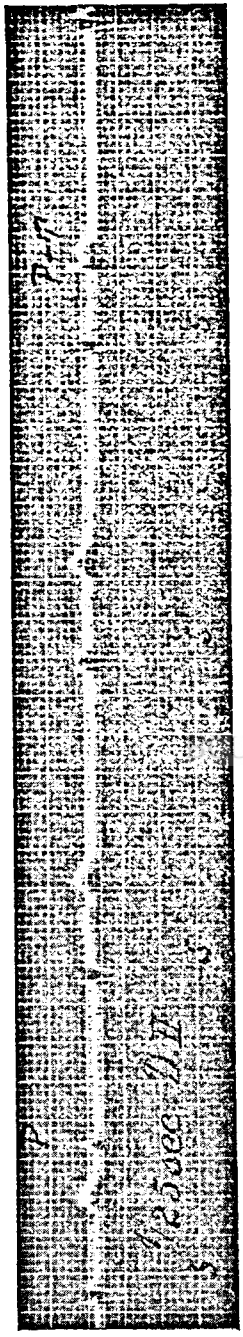


Fig. 1.

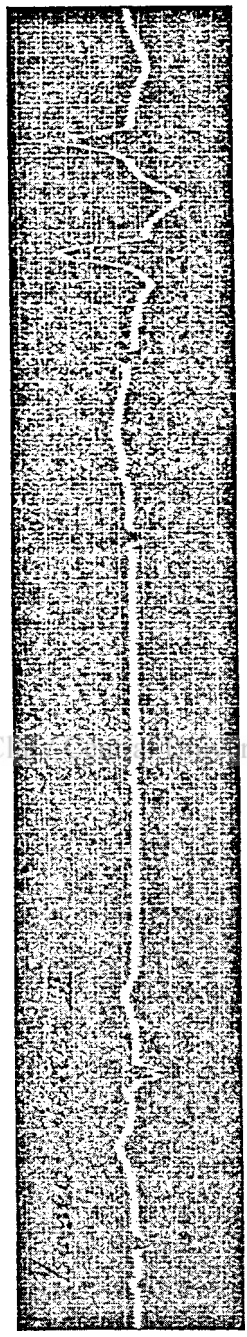


Fig. 2.

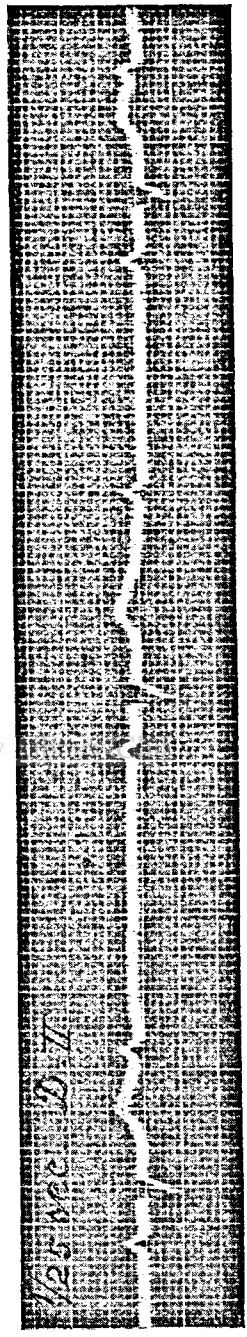


Fig. 3.

CU Chandigarh University Library

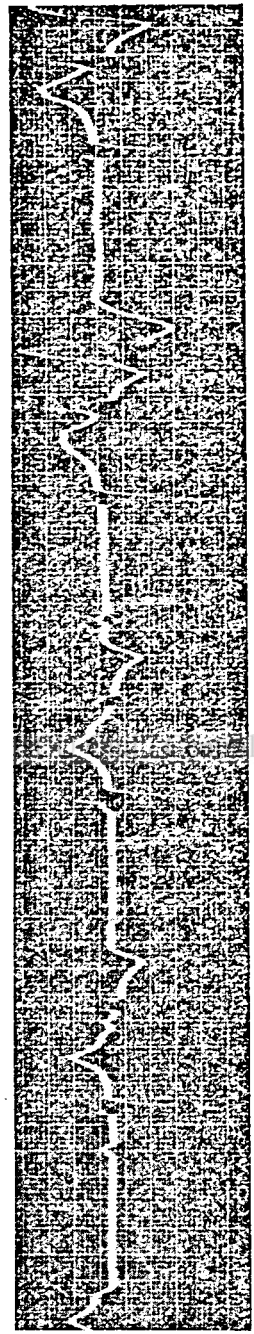


Fig. 4.

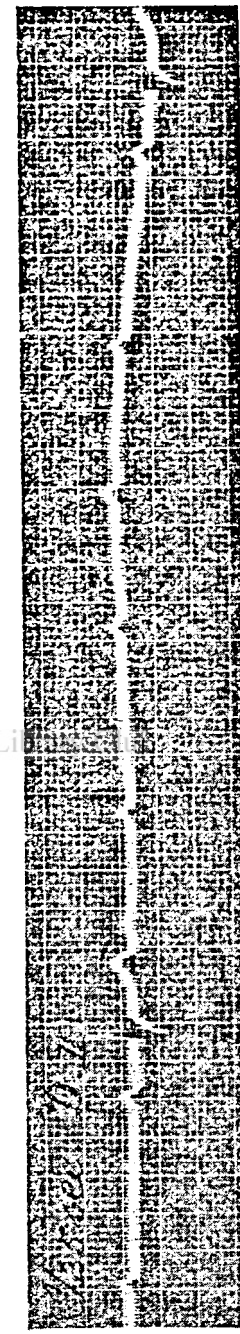


Fig. 5.

Digitized by Harvard University Library

Din această observaţiune putem trage *concluziile următoare:*

In decursul disociaţiei atrio-ventriculare o accelerare bruscă a ritmului ventricular produsă eventual de un desechilibru vago-simpatic, poate provoca accidentele nervoase ale maladiei lui Adams-Stokes.

In mecanismul acestor sincope cardiace are un rol important, pe lângă turburarea de ritm, starea arterelor cerebrale (arterioscleroza) precum şi turburările lor vasomotorii condiţionate de schimbarea bruscă a regimului circulator.

Apariţia accidentelor poate fi favorizată de administrarea unor medicamente cum sunt clorura de calciu şi digitala. Acţiunea acestora depinde însă şi de starea miocardului şi a nervilor cardiaci.

A. MOGA: *Syndrom atypique d'Adams-Stokes dans une dissociation complète avec des extra-systoles ventriculaires L'action du clorure de calcium sur le rythme cardiaque.*

Dans l'évolution d'une dissociation atrio-ventriculaire, une acceleration brusque du rythme véntriculaire, produite éventuellement par un déséquilibre vago-sympatique, peut provoquer les accidents nerveux de la maladie d'Adams Stokes.

Dans le mecanisme de ces syncopes cardiaques un rôle important est attribuable, à côté des troubles de rythme, à l'état des artères cérébrales (arterio-sclérose) ainsi qu' aux troubles vaso-moteurs conditionnés par la variation brusque du régime circulatoire.

L'apparition des accidents peut être favorisée par l'administration de quelques medicaments comme le clorure de calcium et la digitale. L'action de ceux-ci depend pourtant de l'état du myocarde et des nerfs cardiaques.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NEURASTENIE-NERVOSISME-EPILEPSIE
TABLETE EFERVESCENTE
EPIBROL
DR. WANDER
Fiecare tabletă conţine 1 gr. de Polibromură de Na. Am. şi Ka.
TABLETE SIMPLE
SE VA LUA DUPĂ MESELE PRINCIPALE, 1-2 TABLETE DISOLVATE ÎN APĂ ZAHARATĂ
UŞOR DE LUAT
GUSTUL APEI MINERALE NU DĂ BROMISME.
Mostre şi literatură serveşte la cerere
DR. WANDER S. A.
Bucureşti—Str. Cazărmii 89

Spitalul de Copii Principele Mircea, Arad
Director: D-r Radu Cornel

UN CAZ DE TROMBOFLEBITA SIMETRICA SCARLATINOASA

de

D-r DORCA EUGEN

Dacă nefrita este cea mai obicinuită complicaţie în scarlatină, totuşi în decursul acestei boli, ne putem aştepta la cele mai variate manifestaţiuni morbide, cari se ivesc modificând evoluţia boalei şi îngreunând tratamentul. Astfel, am avut ocazie de a observa în decursul anului curent, la o bolnavă de scarlatină, o complicaţie neîntâlnită până acum în practica mea spitalicească.

www.Cluj.Centrala.Academia.Romana.ro

In ziua de 12 Mai 1935, este primită în secţia contagioasă a spitalului nostru, bolnava C. I. de 32 ani, prezentând o scarlatină tipică. Boala actuală a început înainte cu 2 zile, cu temperatură, dureri în gât şi vărsături. Apare apoi exantemul scarlatinos şi bolnava este internată în spitalul nostru, pentru a fi izolată. Examinată la primire, prezintă toate simptomele tipice scarlatinoase. Temperatură 40^0 cu angină foarte pronunţată. Amigdalele hiperemiate intens şi tumefiate. Bolnava acuză dureri mari în gât, jenă la deglutiţie şi respiraţie dificilă. Exantemul tipic pronunţat pe toată suprafaţa corpului. Cordul cu matitate normală, zgomotele clare, bine bătute, pulsul frecvent, dar ritmic şi bine bătut. Din partea celorlalte organe nimic de remarcat. Antecedentele heredocolaterale fără importanţă. Tata mort în o afecţiune cardiacă, neprecizată bine, iar mama suferă de rinichi. Căsătorită recent nu a avut naşteri nici avorturi. Neagă infecţiuni cronice.

Imediat la internarea bolnavei se începe un tratament mai energic. Se administrează 20 cc. ser antiscarlatinos asociat cu 10,000 unităţi ser antidifterie D-r Cantacuzino. In ziua următoare se repetă aceeaşi doză de ser antiscarlatinos. Temperatura scade la 38,5, ca seara să se ridice din nou la 39. Bolnava se simte ceva mai bine, totuşi starea generală nu e satisfăcătoare. Ziua următoare obţinem rezultatul exam. bacteriologic din secreţia nasofaringiană, indicând prezenţa de streptococi şi absenţa bac. difterie. Temperatura rămâne staţionară la fel şi starea generală. Acuzele faringiane foarte mari. Angina ia caracter septic, iar în partea stângă se evidenţiază un abces amigda-

lian care în urma tratamentului se resorbe. Tratamentul urmat este cel antiinfecţios local şi general cu inj. de Electrargol. Starea generală rea şi temperatura se permantizează. In ziua de 25 Iunie, deci la începutul celei de a 3-a săptămână a boalei, bolnava acuză dureri în braţul drept. Examinată, prezintă o inpăstare bine perceptibilă a cotului şi un cordon discret, la faţa int. şi inf. a braţului, care se continuă pe o distanţă de 4—6 cm. şi pe faţa int. antebraţului. Mâne zi aceleaşi acuze cu aceleaşi simptome, la braţul stâng. La ambele membre atinse, articulaţia cotului este liberă. Prezintă impotenţa funcţională. In 28 Iunie, adică peste 2 zile, bolnava acuză dureri şi în membrele inf. localizate în fosele politee, dar dispar repede fără a mai putea observa vre-un edem sau cordon.

Diagnosticul de tromboflebită se impune, bazat pe următoarele simptome: a) Edem localizat, cu aspectul clasic: dur, elastic, nepăstrând impresia digitală, de coloare albă, neted şi lucitor. b) Durerile: spontane, căci bolnava însăşi ne-a atras atenţia asupra lor, şi provocate fie prin palpare cât de superficială, fie prin mişcările pasive, impuse membrului respectiv. c) Cordon venos indurat perceptibil la palparea superficială, practicată de noi, abţinându-ne de a încerca fenomenul de rulaj sub deget, de teama unei embolii. Tulb. nervoase la bolnava noastră au fost remarcate deşi nu în grad aşa de mare. O impotenţă funcţională aproape absolută, cu o atitudine vicioasă în semiflexiune a membr. sup. Hiperestezia cutanată mai puţin pronunţată. Simptomele generale bine pronunţate. Temperatura mare. Starea generală puţin satisfăcătoare, urina fără albumină.

Ca **diagnostic diferenţial,** se impune în primul rând, diferenţierea de toate edemele (cardiace, renale, hepatice-precirotice şi caşectice) cari însă au altă localizare, sunt indolore şi păstrează impresia digitală. Mai mult se aseamănă cu edemele flebitice, trofoedemul sau edemul trofic, a cărui patologie nu se cunoaşte încă. Acesta însă deşi e unilateral, ca cele mai multe edeme flebitice, nu este dureros şi nu dă importanţa funcţională, prezentând o evoluţie lungă. Reumatismul scarlatinos sau cel seric este uşurel minat în cazul nostru, fiind artic. libere şi absente celelalte simpt. pentru boala serică. La fel e uşoară diferenţierea de o arterită şi de diferitele nevralgii.

In ce priveşte **etiologia** acestei tromboflebite simetrice, am rămas fixat asupra originei scarlatinoase. In adevăr, origina tromboflebitelor poate fi de trei feluri: a) obstetricală, b) chirurgicală şi c) medicală. Primele două nu pot fi acceptate în cazul nostru. Bolnava nu a avut nici o naştere, nici un avort şi nu a suferit nici o intervenţie chirurgicală. Rămâne deci admisă, prin eliminare, originea medicală, care poate fi: fie după o infecţiune acută (ty, para ty, pn. reum. erisipel, oreilon, blenoragie, disenterie, scarlatină) fie după o inf. subacută sau cronică (sifilis, granulie, cloroză), fie o discrasie sau casexie (gută, cancer). In cazul de faţă infecţiunea aută — scarlatina — este evidentă şi o admitem pe aceasta ca origină a tromboflebitei.

Tratamentul urmat de bolnava noastră, a fost cel obicinuit. O severă imobilizare a membrelor atinse de tromboflebită, ia poziţia cea mai convenabilă, asociată de un trat. antiinfecţios (inj. Electrargol, Gomenoil). Am mai administrat pentru remontarea stărei generale şi „ampoule splenice" în injecţii. Rezultatul a fost excelent. După o perioadă staţionară de o săptămână, se observă că temperatura scade sub 38^0. Starea generală din ce în ce mai bună. Bolnava doarme liniştit. După 2 săptămâni dela începutul boalei, temperatura

este normală. Local se mai percep cordoanele venoase, dar edemul şi durerile au dispărut complect. In scurt timp nu se mai observă nimic local. Mobilizarea se face treptat şi bolnava părăseşte serviciul complect vindecată, după ce s'a efectuat şi descuamaţia. In tot decursul boalei nu am observat altă complicaţie şi mai ales nu a survenit embolia pulmonară fie precoce sau tardivă, de teama căreia am făcut o prognoză rezervată.

Cazul prezent mi s'a părut interesant din două motive:

1) A fost primul caz observat la secţia noastră de contagioşi, şi

2) Leziunile au apărut simetric la ambele membre superioare.

DORCA EUGEN: *Un cas de thrombophlébite symétrique scarlatineuse.*

DORCA EUGEN: *Ein Fall von Thrombophlebitis simetrica bei Schartach*

SANOCRYSIN (I.V.) şi OLEO SANOCRYSIN (I.M.)

Sare originală de Aur pentru tratament în

Tuberculoza pulmonară
Dermatotuberculoza
Tuberculoza laryngiană
Maladii articulare

Sprijinită pe aproximativ 1500 rezultate clinice.

Repr. pt. România „DROGUERIA STANDARD" S.A.R. Str. Sfi. Ionică No. 8, Buc. I.

REZULTATE COMPARATIVE INTRE REACŢIUNEA MEINICKE ŞI MUTTERMLICH

de

D-r EUGENIA NICOLESCU
Medic al circ. Căzăneşti—D.
Medic deleg. al Laboratorului R.-V.

In anul 1932, la Serviciul Sanitar al judeţului Vâlcea, având de verificat un număr mare de sifilitici în scurt timp, nedispunând de utilajul şi materialul complect necesar unui laborator, am socotit a întrebuinţa în lucru, reacţiunea Meinicke.

Cu câţiva ani în urmă am lucrat pe un număr mare de cazuri, simultan reacţiunea Meinicke, Bordet-Wassermann, Hecht-Weinberg şi Sachs Georgi, spre a-mi alege o metodă corectă, ca să pot îndeplini rapid un număr mare de cercetări; am fost convinsă de exactitatea acestei metode, uşor de îndeplinit, fără a cere timp, material şi instrumentar mult.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am lucrat după technica obişnuită M. I. R. ce decurge din a 2-a metodă a lui Dold, prin întrebuinţarea formolului ca antifloculant şi face parte din metodele de opacificare.

Serul neinactivat, debarasat de elementele figurate printr'o bună centrifugare.

Reacţia: ser 0,2 cmc. pentru reacţie, 0,2 cmc. pentru martorul de reacţie, tubul martor primeşte o picătură de formol şi ambele câte 1 cmc. extracte de organe Meinicke (forte şi slab) diluat 0,20, la 1,80 cmc. ser fiziologic 3% încălzit. Agitare. Se lasă la temperatura camerei. E de preferat să nu te mulţumeşti cu cetirea opacificărei, ci să aştepţi a 2-a zi, rezultatul floculărei.

Iarna când temperatura camerei e mai scăzută, e mai bine să se citească şi după 48 ore.

Rezultatele se disting fără dificultate în reacţiuni: pozitive forte şi slabe, îndoelnice şi negative.

In total am lucrat aproximativ 7000 reacţiuni Meinicke, din acestea vre-o 2500 au fost cazuri ce le-am examinat clinic. La majoritatea cazurilor cu leziuni clinice aparente, reacţiunea a fost pozitivă, la fel în sifilisul ereditar, idem în câteva cazuri de paralizie generală progresivă; acelaş răspuns am avut şi la întrebările făcute la medicii de circumscripţie ce au utilizat de laborator.

Se preconizează serul proaspăt de 24 ore; am observat pe serurile pozitive sau negative, lucrând serii de mai multe zile, că dă aceleaş rezultate până aproape de alterarea lor, când acele pozitive pierd din intensitate, însă nu atât încât să nu se poată interpreta.

Deci e un mare avantaj. Uşor se pot lucra şi interpreta serurile chiloare, icterice sau hemoglobinice dacă sunt bine centrifugate. Singure serurile hemoglobinice vechi, ceream să fie repetate pentru un mai bun control; la toate acestea, imperios se cere tub martor de reacţie, în afara martorilor pozitivi şi negativi.

Procedeul Meinicke dă în genere rezultate nete, ceeace nu am avut cu metoda Muttermilch, pe care atunci când am avut posibilitatea am lucrat simultan pentru control; cu acest prilej din confruntarea acestor 2 metode am găsit următoarele procente: 81,47% rezultate concordante, 18,53% rezultate neconcordante, din acestea din urmă 9,7% erau seruri antihemolitice, ceeace la rezultatul de dat, creează indecizie pentru tehnica Muttermilch.

A 2-a metodă a fost lucrată clasic cu 3 tuburi pentru reacţie şi 3 pentru titrare, ser neinactivat 0,1 cmc. în fiecare tub, în tuburile pentru titrare globule roşii de oaie 5%, antigen Bordet-Ruelens titrat 1 : 20, în primele 2 tuburi de reacţie 0,1, 0,2, — la care după titrare se adaogă globule roşii de oaie, — agitare, termostat, cetire imediată.

Am observat că serurile mai vechi sunt des antihemolitice, — prezintă frecvent reacţiuni parţiale (= pozitive slab) — ceeace însăşi autorul le califică drept îndoelnice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ceeace priveşte tehnica Muttermilch, e mai laboricasă, cere material şi instrumente mai mult (globule roşii de oaie, termostat), în plus rezultatele, nu sunt atât de concludente ca la reacţiunea Meinicke, aceasta se simte mai ales la un laborator de judeţ, unde produsele vin dela distanţe mari, cu timp pierdut, iar rezultatele sunt aşteptate de medic cu un răspuns clar.

In concluzie din cercetările mele reese că reacţiunea Meinicke poate fi lucrată aproape pe orice ser — necesită utilaj redus, are tehnică rapidă, rezultatele în raport cu clinica sunt mai concludente.

Am lucrat la înjghebarea laboratorului, pentru serologia sifilitică, numai metoda Meinicke, am adăogat apoi reacţiunea Muttermilch şi în urmă reacţiunea Bordet-Wassermann, deoarece socotesc că nici o metodă nu are superioritate generală şi constantă — din cauza elementelor particulare ce intervin.

E necesar a culege un sindrom serologic format dintr'o varietate de reacţiuni. Aceasta e posibil când ai la dispoziţie produs de examinat suficient şi material de laborator.

In situaţia ce am avut la început şi în urmă de multe ori, a trebuit să mă rezum la o reacţiune ce a putut satisface şi execuţia şi un rezultat de întrebuinţat în mod util.

REZULTATELE CERCETARILOR DE LABORATOR LA SERVICIUL SANITAR AL JUDEȚULUI VALCEA

de

D-r EUGENIA NICOLESCU
Medic al circ Căzănești
Medic delegat al laboratorului R.-V.

In anul 1932, după îndemnul D-lui Inspector General al Reg. V Sanitare Craiova, D-l D-r V. Popescu, prin ajutorul regretatului Prof. D-r I. Cantacuzino, atunci Ministru al Sănătății, prin stăruința și contribuția mea atât intelectuală cât și materială, s'a înființat în orașul R.-Vâlcea un laborator de Analize medicale pentru utilitatea serviciului sanitar al județului și a spitalului.

Acest text provine de la Biblioteca Universitatea Babeș-Bolyai Cluj

In decursul acestui timp s'a lucrat în special pentru capitolul epidemiilor și mai mult pentru bolile sociale.

Greutățile de început au fost ca întotdeauna când e o schimbare, — un lucru în plus, greutăți de recoltare, transport, etc., făcându-se însă convingerea prin lucru a utilității, au dispărut și greutățile, acum fiind necesar și natural.

Parte din utilaj a fost obținut mai târziu, motiv ce a făcut ca lucrul în folosul epidemiilor să fie pus la punct mai în urmă.

A fost un timp când serviciile circumscripțiilor medicale erau conduse de studenți cu puțini ani de studiu sau chiar numai de agenți sanitari și atunci am observat că în registrele bolilor sociale ereau trecute multe erori, — așa am găsit trecut drept lepră un caz de tuberculoză tibio-tarsiană și multe alte nenumărate greșeli, am găsit prin cercetare, persoane trecute drept sifilitice cu scop de răsbunare, — aceste motive m'au îndemnat ca pe D-nii medici ce acum sunt puși în fruntea acestor servicii să-i ajut în verificarea cazurilor înregistrate anterior.

Astfel s'a insistat mai mult asupra bolilor sociale mai ales sifilisul, ce se arată din ce în ce mai manifestat în populația dela sate a acestui județ.

Numărul total al examenelor de laborator a fost de 8868.

Din acestea: 4857 au fost reacțiuni pentru sifilis; 3548 examene pentru malarie; 123 examene diverse; 181 examene pentru

gonoree; 76 sero reacţiuni Widal şi Weil Felix; 46 examene de spută pentru Koch; 37 diazo reacţiunea Erlich. Total 8868.

Cazurile de cancer au fost verificate prin reacţiunea Roffo şi Rivarola — de care rezultate nu am fost mulţumită.

In ceeace priveşte sifilisul s'a recoltat sânge la toţi bolnavii de sifilis descoperiţi până atunci de serviciile sanitare ale judeţului, ce urma să facă un tratament energic antisifilitic.

Din acest total de 4857 cazuri presupuse sifilitice, 1217 au fost pozitive, s'a lucrat reacţiunea Meinicke pentru toate cazurile, după posibilitate la parte din cazuri s'a lucrat în plus şi reacţiunile Muttermilch şi Bordet-Wassermann.

Procentul pozitivilor a fost de 25.05%, din care 13.9% pentru femei şi 11.05% pentru bărbaţi.

Procentul pentru femei e mai mare, deoarece din numărul total al analizaţilor, numărul femeilor predomină, fiindcă la consultaţiunile de dispensare la ţară se prezintă întotdeauna mai mult femei, decât bărbaţi.

Numărul pozitivilor grupat pe etăţi am observat că se accentuează între 15—30 ani şi e cel mai mare între 30—50 ani, nu s'a putut judeca această observaţie decât pe 800 cazuri pozitive, deoarece nu se anunţă etatea întotdeauna, cutratecă se cere de noi şi ar fi necesar.

Am cerut să se recolteze sânge dela părinţii născuţilor morţi, analizate 80 cazuri trimese, 25 au fost pozitive şi 55 negative, deci un procent de 31,27% pozitivi de examinaţi

BCU Cluj / Central University Library Cluj

E o cifră impresionantă şi e o cercetare ce obligator ar trebui să fie îndeplinită oriunde. Aceste cazuri nu figurau anterior pe lista sifiliticilor.

Am socotit necesară extinderea anchetei la grupa familiară a celui găsit pozitiv, dând rezultate surprinzătoare.

S'a analizat sângele debitanţilor şi manipulanţilor dela brutării etc., socotiţi ca factori indirecţi de contaminare — totalul analizaţilor în acest sens a fost de 466, din aceştia 76 au fost pozitivi, 360 negativi, deci un procent de pozitivi de 16.31%.

Toţi aceştia din urmă: părinţii născuţilor morţi, familiile pozitivilor, debitanţii şi manipulanţii alimentari găsiţi pozitivi, nu erau înregistraţi în condicele pentru sifilis — şi sunt puncte ce ar trebui să fie cercetate în prim ordin.

In ceeace priveşte paludismul din 3548 analize, 85 cazuri au fost pozitive, deci un indice parazitar de 2.11%, enorm în scădere faţă de cazurile pozitive din anii anteriori.

In ceeace priveşte *procentele pozitivilor* la celelalte examinări urmează astfel:

45.65% examinaţilor pentru bacilul Koch în spută.
56.35% examinaţilor pentru gonoree.
44.44% examinaţilor pentru febră tifoidă Diazo r. Erlich.
56.58% examinaţilor pentru febră tifoidă reacţiunea Widal.
52.03% examinaţilor pentru diverse cazuri.

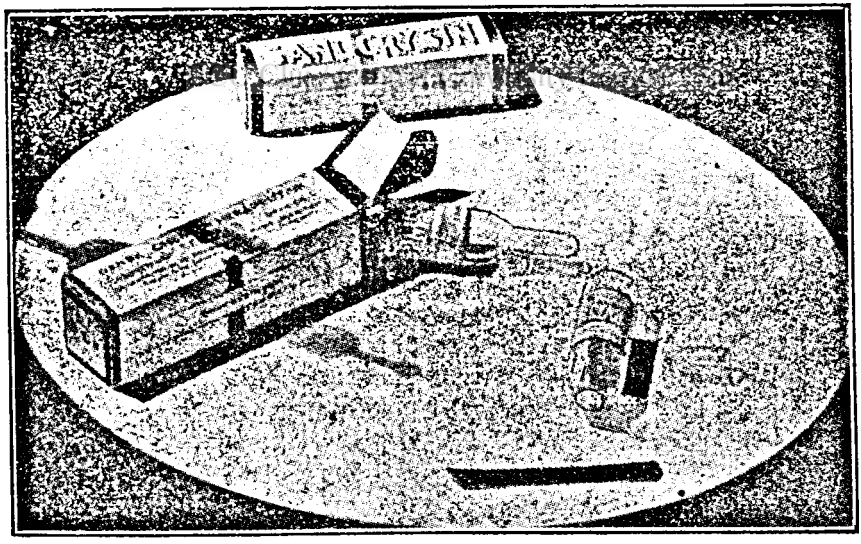
Personal am recoltat sânge la un dispensar de ţară la vre-o

500 persoane, nu am găsit niciodată vre-o împotrivire, din contră veneau cu toată încrederea fără forţare, peste o săptămână să-şi ia rezultatele; iar pozitivii cu bunăvoinţă începeau pe dată tratamentul, ce fiind făcut intravenos (chiar biiodul de Hg.), nu îi îndepărta de tratament, cum am observat că se întâmplă după injecţiunile intramusculare.

Ar fi de dorit ca medicii de circumscripţii şi de spitale situate la ţară, cum au zile fixate de consultaţiuni, să organizeze acest serviciu de trimetere a produselor de recoltare fiind un bun ajutător laboratorul, luând în seamă greaua sarcină ce au în diagnosticarea la timp, a bolilor epidemice şi sociale.

OLEO-SANOCRYSIN şi SANOCRYSIN

Cea mai sigură şi cea mai eftină chrysoterapie a tuberculozii



Literatură la cerere

Repr. Gen. pt. România „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Str. Sft. Ionică No. 8, Bucureşti I

REGULI DIETETICE IN TURBURARILE DIGESTIVE ALE SUGARULUI

de

D-r STELIAN POPESCU

Ori care ar fi cauza turburărilor digestive şi ori care ar fi forma clinică sub care ele se prezintă, terapeutica lor şi mai ales dietetica instituită, trebuiesc să se subordoneze unor anumite reguli, cari decurg din patogenia acestor turburări. In primul rând, trebue suprimat focarul de intoxicaţie care-şi are sediul în tubul digestiv şi e constituit din reziduri alimentare. In al 2-lea rând trebuie evitată cu orice preţ deshidratarea, simptomul cel mai grav, care ameninţă direct viaţa copilului. In fine, trebue cât mai repede posibil să realimentăm copilul pentru a evita inaniţia. Atunci se prezintă problema cea mai grea în tratamentul turburărilor digestive: alegerea alimentului convenabil. Laptele, alimentul normal al copilului, se comportă în aceste cazuri ca o adevărată otravă.

In dispepsiile acute, trebue mai întâi să punem copilul la dieta hydrică. Aceasta lasă în repaus tubul digestiv, evitându-i orice excitaţie alimentară, împiedică descompunerea microbiană a reziduri-lor, hydrâtează organismul, favorizează diureza. Intr'un cuvânt dezintoxică organismul. Se dă apă fiartă, sau ceai slab puţin zaharat, rece sau călduţ, în cantităţi mici sau mai mari, după cum copilul are sau nu vărsături. Până la un an cantitatea de 125 gr. pe kgr. de corp, e suficientă. După 1 an se dă 1 litru. Se mai poate prescrie o soluţie salină de tipul soluţiei Ringer. Dieta hydrică poate dura 8—12 ore. Odată trecută perioada aceasta, copilul trebue realimentat. Hrana necesară se poate calcula cantitativ, după greutate. Raţia de creştere a copilului normal e de 100 calorii, pentru kgr. de corp. Cantităţile necesare în momentul realimentaţiei în cursul turburărilor digestive, se socoteşte însă, luând ca bază raţia de întreţinere, care este cu 25% sub raţia de creştere, adică 75 calorii de kgr. de corp. Pentru a ajunge la raţia aceasta, trebue să mai aşteptăm încă 6—7 zile, nu o prescriem dintr'odată. Pe lângă această raţie alimentară, aceia de lichid trebuie totdeauna dată.

Ce aliment vom întrebuinţa? Ori de câte ori e posibil, se va prescrie lapte de femee. Altfel, ne adresăm unui lapte ecremat, sau

laptelui albuminos. Când copilul are mai mult de 3 luni, întrebuinţăm decocţiile de făină de cereale 3%. Va trebui însă în acest caz, după 3—4 zile, să adăogăm acestei fierturi făinoase, o mică cantitate de lapte (30 gr. pe kgr.) şi să o zaharăm cu maltoză, în doză de 3%.

Dacă rezultatul realimentării e favorabil şi turburările digestive se atenuiază, mărim progresiv doza, astfel ca după 10 zile să ajungem la raţia normală de creştere. De multe ori însă orice reluare a alimentaţiei cu lapte, e însoţită de o revenire a turburărilor generale digestive. Suntem forţaţi deci în acest caz să instituim o alimentaţie fără lapte. Pot fi întrebuinţate atunci fierturile de legume şi cereale. Să nu uităm însă, că ele n'au valoare calorică şi instituirea lor e o simplă prelungire a dietei hydrice. Le adăogăm dar după 4—5 zile făină de cereale, în doză de 3%, revenind astfel la dietetica precedentă. După atenuarea turburărilor digestive, putem întrebuinţa supă de babeur, sau alimente conţinând albumine vegetale, cum e fiertura cu făină de aleuronă a lui Ribadeau-Dumas, sau laptele de migdale a lui Moll.

Aceste 3 alimente au avantajul că pot fi întrebuinţate mai multe săptămâni până la încetarea turburărilor digestive. In momentul acesta se va încerca foarte încet şi progresiv, introducerea în alimentaţie a laptelui. De cele mai multe ori, medicamentele sunt inutile, dietetica fiind suficientă pentru înlăturarea simptomelor patologice. Totuşi în cazuri de diarei abundente, oarecari antidiareici pot fi bine venite. Deasemenea deshidratarea prea intensă, va putea fi combătută cu folos, prin injecţii subcutanate cu soluţii saline sau glucozate.

In holera infantilă, e vorba mai mult de o intoxicaţie decât de o turburare digestivă. Aşa că dieta hydrică va putea fi prelungită cât durează simptomele toxice. Poate fi instituită astfel, 1—4 zile. Dacă după 3 zile starea copilului nu se ameliorează, pronosticul e fatal (Marfan). Se dă copilului ceai, apă fiartă şi răcită, sau soluţie Ringer în proporţiile de mai sus. Pentru împiedicarea deshidratărei se fac injecţii subcutanate cu ser artificial. Contra fenomenelor toxice se prescrie serul glucozat, sau mici transfuzii de sânge. După 3—4 zile, când febra s'a dus odată cu simptomele grave, putem realimenta copilul. Cu mare prudenţă însă. Alimentul cel mai bun şi de rândul acesta este tot laptele de femee. Dacă nu e posibil, putem recurge la babeur sau la lapte albuminos. Acestea mărite progresiv în doze, până ce ajungem la raţia de întreţinere, după 8 zile. Adăogând apoi zahăr sau maltoză 5%, apoi 10%, ajungem la raţia de creştere. In acest moment, în cazuri favorabile, putem reveni cu prudenţă, la alimentarea naturală.

In turburările digestive cronice, e greu de fixat o regulă de conduită precisă. Fiecare copil reacţionează în felul lui la diferite alimentaţii. Putem admite însă ca regulă generală, că laptele e rău tolerat şi că dietetica trebue să se silească în a-l înlocui. De cele mai multe ori în aceste cazuri, copiii sunt subalimentaţi. Această alimentare insuficientă, adăogată turburărilor digestive, dă naştere

BCU Cluj / Central University Library Cluj

hypotrofiei, care însoţeşte aceste dispepsii cronice. In aceste cazuri, după tratamentul dispepsiei acute dela început, întrebuinţarea babeurului este în particular indicată. Dacă e rău suportat, recurgem la alimente azotate vegetale sau animale: făina de aleuron preconizată de Ribadeau-Dumas, regimul lui Hamburger, sau puddingul lui Moll. Aceste regimuri echilibrate, pot fi continuate până la dispariţia turburărilor digestive. Să nu uităm însă că ele sunt lipsite de vitamine şi că trebuesc date copilului sucuri de fructe. In forma cea mai complectă a dispepsiilor cronice, în maladia coeliacă, cât şi în turburările digestive asemănătoare, utilizăm regimurile preconizate de curând. Aceste regimuri trebuesc să conţină o cantitate suficientă de proteine, grăsimi, legume şi fructe crude. In cazurile acestea, regimul cu mere crude al lui Heissler-Moro, dă cele mai bune rezultate. La început se dă în aceste cazuri un regim antifermentativ: lapte albuminos, la cei mai mici; la copiii mai mari, brânză proaspătă, biscuiţi, supă cu bulion de legume, carne crudă. Mai trebue să ne reamintim de concluziile lui Rohmer. Acest autor a semnalat simptome de avitaminoză, care intră în evoluţia acestor maladii şi anume, fenomene de scorbut frust.

Simptomele lor vor fi ameliorate, introducând alimente ca bananele, sau sucul de fructe. *In diareele de cauză parenterală şi în enteritele infecţioase,* terapeutica etiologică are o importanţă foarte mare. Astfel, în cazuri de disenterii cu bacili Shiga sau Flexner, este indicată întrebuinţarea serului antidizenteric. Nu urmează de aici însă, că dietetica nu mai are importanţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Laptele este adesea rău suportat, când se va relua alimentarea. Se instituie atunci mai întâi regimul feculentelor, apoi supa lui Keller. Această observaţie este mai exactă încă în diareele care însoţesc de obiceiu infecţiile acute ale nurisonului. Dacă trebue mai întâi să îngrijim anginele, bronchopneumoniile, cistitele, cari sunt la origina acestor dispepsii parenterale, instituirea unui regim analog celui din dispepsiile acute, va fi însă deopotrivă de utilă. In această privinţă Moll a constatat, că întrebuinţarea sistematică a laptelui de migdale, în cursul maladiilor acute la nurison, a făcut să dispară din serviciul său dispepsiile de cauză parenterală, care înainte erau numeroase. In aceste diarei şi enterite, se prescrie terapeutica antiinfecţioasă şi antidiareică. Dăm copilului astringente, antiseptice intestinale şi se încearcă chiar vaccinarea intestinală, anticolibacilară.

D-r STELIAN POPESCU: *Règles diétrétiques dans les troubles digestifs du nourrisson,*

D-r STELIAN POPESCU: *Diätütischen Massnahmen bei Ernährungs-Störrungen der Säuglinge.*

LE FOLKLORE MEDICAL DANS LES PAYS BALKANIQUES

RAPPORT GENERAL

présenté au

Congrès intern. de l'histoire de la médecine
(Madrid, Septembre 1935).

par le

Docteur V. GOMOIU (Bucarest)

Conclusions:

Pour les pays balkaniques, — comme pour les autres, — l'étude du folklore médical ne constitue pas une nouveauté.

Hérodote lui-même parle des pratiques médicales des différents peuples de la Péninsule balkanique, et Dioscorid (1—55 à 68 après J. Chr.) avoue que son livre sur la Matière Médicale n'est Jautre chose qu'un recueil des connaissances qu'il a notées en Darie et dans les autres lieux par lesquels il a passé. De même, plus tard, l'ouvrage de *Ishak ben Murad* (1389) est en grande partie un reflet de la médicine populaire en Turquie; le volume, sur la variolisation, du docteur *Jacob Pylarino* (1715) qui a professé à Bucarest (il fut premier médecin du prince *Brancoveanu)* traite de la science populaire qu'il a apprès en Valachie et en Turquie; le livre de *Démètre Cantémir* (1716) „Descriptio antiqui et hodierni Moldaviae" contient bon nombre d'observations sur la médecine de l'époque en Roumanie; et celui de *Jean Baptiste Lalangue* (1782) est fait de commentaires sur la médecine populaire en Yougoslavie. Il est naturel que depuis lors jusqu'à aujourd'hui la littérature folkloristique se soit considérablement nrrichie; mais l'étude du folklore n'a retenu particulièrement l'attention qu'après l'année 1846, depuis *W.* J. Thomas, — le créateur du mot *„folklore"*.

Sans pouvir s'enorgueillir des progrès réalisés déjà dans certains pays d'Occident (Angleterre, Belgique, etc.) on enregistre entre temps les pays balkaniques les noms de nombreux savants qui ont cultivé ce domaine; parmi eux je citerai: *P. Stoianoff, Stanicheff, St. Dschakoff* (Bulgarie), *A. Kousis, Sp. Lambros, N. Politis* (Grèce),, *M. Ivanovic-Batut, Lujo Thaller, Tihomir Gjorgjevic* (Yugoslavie), *Galip Ata, A. Süheyl, Hulusi Bechat,* etc. (Turquie), *V. Bologa, M. Gaster, V. Gomoiu, A. Gorovei, Ch. Laugier, H. Serafidi,* etc. (Roumanie), — mais l'on ne peut dire que le chemin ait été fort battu, et encore moins pourrait-on prétendre que le lac ait été tari.

Dans les circonstances présentes (c'est-à-dire étant donné le but dans lequel nous écrivons ceci), nous croyons être d'accord avec tout le monde en entendant sous le nom de „*folklore médical*" toute la science sanitaire populaire, — science qui se reflète dans les croyances, les coutumes, les superstitions, les prières, les incantations, les charmes, les sortilèges, et les différentes pratiques (médicales ou chirurgicales).

Ainsi compris le folklore médical peut être étudié de différents points de vue.

Il est bien évident que nous, médecins, nous nous intéressons avant tout à son importance médico-historique et pratique, ou médicale proprement dite, mais la connaissance du folklore médical n'est pas dépourvue d'intérêt pour des ethnographes ou des ethnolohues et même pour des historiens en général.

Si nous considérons du point de vue médico-historique l'étude du folklore médical — des pays balkaniques ou de toute autre contrée — nous voyons que les commencements de la médecine ont été partout liés à des nécessités animales; — ce folklore nous sert à reconstituer la médecine de l'époque antérieure à celle que nous nommons d'ordinaire „des premiers documents"; — il nous donne la satisfaction de connaître la façon de sentir et de penser de l'homme „primitif" en général, et il nous prouve que „l'esprit scientifique" a existé bien avant ce que nous nommons „science médicale". Les premiers livres de médecine ne sont véritablement que des recueils de science populaire. Ainsi le folklore nous aide à nous renseigner sur les origines réelles de la science médicale, é compléter son évolution, et à lui donner sa vraie perspective. Bien plus, faisant abstraction du nom ou de la forme qu'il a pris au cours des temps, nous nous convainquons qu'„aujourd'hui" n'est autre chose que la suite d'„hier".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Si nous nous plaçons au point de vue pratico-thérapeutique, nous constatons que l'étude du folklore médical présente un intérêt d'autant plus grand que, dans les formules simplistes ou mystiques (prières, incantations, etc.) du peuple, nous découvrons parfois le germe ou les principes de la médecine scientifique, et que dans certaines pratiques nous trouvons l'application „anticipée" de la plus moderne thérapeutique.

Les exemples sont trop nombreux pour être cités dans ce rapport-résumé, mais ils sont assez concluants pour que je me permette d'affirmer que, si l'on avait toujours prêté plus d'attention au folklore, on aurait évité à la médecine bien des détours et des zigzags inutiles dans son évolution. Plus encore, jugeant d'après ce que nous connaissons aujourd'hui, j'ose affirmer que, par une étude approfondie du folklore, — c'est-à-dire en tirant profit de la création du génie populaire et de l'éxpérience des siècles, la médecine scientifique serait parvenue plus loin que le point où elle en est aujourd'hui.

Or, si son la considérait seulement de ce point de vue, la question du folklore médical se simplifierait beaucoup, et la présentation de n'importe quel fait isolé serait la bienvenue.

Dans ce cas, notre activité aurait pour tâche de poursuivre la récolte et l'examen, le triage et la vérification du matériel, sans que nous nous préoccupions d'où il vient et à qui il appartient, — ou tout au plus pourrait — on l'attribuer à celui qui communique ses résultats.

En ce qui concerne surtout les pratiques populaires — médicales ou chirurgicales — la question se simplifierait: tout se réduirait en effet à surprendre l'intimité du pratiquant, ou à gagner sa confiance pour lui faire avouer, ou pour lui voler son „secret", bue l'on expérimenterait ensuite sur un certain nombre de malades; les résultats seraient ensuite communiqués. On procéderait donc ainsi que duns les travaux scientifiques ordinaires avec les divers procédés ou méthodes thérapeutiques.

Mais si nous envisageons les choses de cette façon il m'est très facile d'affirmer — sans crainte d'être contredit — que, en faisant exception pour l'élément psychothérapique des divers rites ou manifestations — lequel est le même partout —, la science populaire des Pays balkaniques a donné à la médecine scientifique un bon nombre d'éléments thérapeutiques de grand prix: bains, variolisation (ancêtre de la vaccinothérapie, et, sous une certaine forme, de la vaccination même), ventouses, vaste matériel galénique et opothérapique (opium, scylle, pétrole, etc. etc.) — auxquels la „„science médicale" n'a à ajouter que la vérification par l'expérimentation de leur action, et le perfectionnement de leur action, et le perfectionnement de leur mode d'emploi.

Il est hors de toute que si l'on se place seulement au point de vue de l'intérêt pratico-thérapeutique, il n'y a aucune importance à ce que le folklore soit pur ou mélangé d'éléments empruntés ailleurs; mais alors, il n'est plus question de folklore, et nos communications pourraient plutôt se placer dans le cadre d'autres disciplines que de celle de l'histoire de la médecine.

Mais la question est toute différente quand il est question du matériel abstrait du folklore (croyances, coutumes, prières, incantations, etc.) où il n'y a rien à recueillir directement, et où tout est à choisir et à élaborer. La récolte de ce matériel demande la même patience et encore plus d'attention, — elle demande une de la charlatanerie, et pour interpréter comme il se doit le ma- véritable passion pour que l'on enregistre et que l'on examine il faut surtout une aptitude particulière et une préparation spéciale même ce qui à première vue paraît ridicule ou hérésie; — mais tériel trie.

Il est évident que les sceptiques qui ne veulent toucher que du concet pourront qualifier cette opération de „perte de temps" et ses résultats de spéculations intellectuelles; mais de multiples exemples connus, et dont j'ai cité plusieurs en d'autres occasions nous montrent que la pratique médicale elle-même aurait-eu — et a encore — beaucoup à gagner à une analyse scrupuleuse de ce matériel.

Or la question change totalement si à côté de l'intérêt pratico-

médical ou médico-historique nous ajoutons l'intérêt ethnographique ou ethnologique, et l'intérêt historique.

La connaissance de cette sorte de manifestations qui reflète le monde — réel ou imaginaire — dans lequel a vécu un peuple, comme les influences qu'il a subies, est utile pour les ethnographes puisqu'elle contribue à les renseigner sur la manière de sentir ou de penser de l'homme au cours des âges; elle augmente le nombre des caractères qui permettent d'établir des ressemblances ou des différences entre les peuples, et elle procure de nouveaux critériums d'apréciation sur leur supériorité ou leur infériorité.

En outre la question peut intéresser même les historiens en général, car des ressemblances ou des différences eentre les folklores médicaux on peut tirer un argument de plus pour déduire quelles ont été les relations entre les peuples, et marquer la route qu'ils ont suivie au cours de leurs migrations.

Dans ce cas l'étude du folklore médical devient un véritable problème, et encore l'un des plus difficiles à résoudre.

En vérité, pour éviter des conclusions erronées, il s'impose d'étudier le folklore dans les diverses régions habitées par le même peuple, et de poursuivre le même cas ou le même exemple aux diverses époques de sa vie; — il s'impose aussi de faire des comparaisons entre le folklore du peuple souche et celui des différents rameaux ou groupements qui vivent au milieu d'autres peuples;— l'on doit enfin faire des comparaisons avec le folklore des peuples voisins et même ensuite avec celui ces peuples plus éloignes.

Il est incontestable qu'à l'origine première chaque groupe d'hommes a eu sa science, — c'est-à-dire un folklore original — comme expression de sa création propre, en rapport avec la capacité ou la qualité des composants, et en liaison avec son milieu ou la région dans laquelle il a vécu; — c'est d'ailleurs ce milieu qui a certainement joue le rôle le plus important.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cette originnalité ou pureté du folklore médical s'est altérée toutefois dès que des groupes d'hommes ont commence à se déplacer et à se mélanger; et aujourd'hui nous ne pouvons espérer la trouver que dans quelques tribus isolées (d'Afrique ou d'ailleurs) qui sont demeurées à l'état primitif.

Mais, dans sa grande majorité, le folklore médical d'aujourd'hui — des pays balkaniques et de partout — est un mélange résultant d'emprunts récizproques des autochtones ou des nouveaux venus, et des trannsformations succesives causées par les nouvelles pouvoir établir ce qui appartient à l'un ou à l'autre, et ce qui s'est conditions de vie. Dans ce mélange il est souvent très difficile de gardé dans sa forme originale oa a été modifié par adaption locale.

Il est bien entendu qu'aujourd'hui il est très difficile de parler d'un folklore de la race, et qu'il serait fort risqué de tenter d'établir l'ethnicité sur la base du folklore médical, puisqu'elle ne peut se prouver — anthropologiquement — même à l'époque de la pierre polie (— quand la conformation des dolichocéphales a été modifiée par l'apparition des brachycéphales).

De plus, aux difficultés signalées plus haut, l'écoulement du temps en a ajouté une, qui rend plus difficiles encore les conclusions en matére de folklore médical: — à côté des emprunts faits à des individus isolés ou à des peuples avec lesquels elle est venue en contact, la science populaire (le folklore) s'est enrichie de celle qu'elle a commencé à emprunter à la médecine scientifique; et pour ce motif nous devons être très attentifs pour distinguer ce qui èconstitue le véritable folklore (science populaire) de ce qui y a été ajouté artificiellement par l'apport des autres classes ayant une certaine culture dans la matière, ce qui souvent modifie ou amplifie.

C'est ce qui nous explique les conclusions de certains folkloristes, comme les agents sanitaires et même les médecins dilettantes, — qui travaillent en service commandé et sont les plus médiocres ouvriers dans la récolte du folklore.

Enfin, en plus de ce qui a été signalé plus haut, il ne faut pas perdre de vue qu'il est possible de dénaturer involontairement le folklore pour cause d'oubli ou de connaissances superficielles de la part de ceux qui nous le transmettent; de même la déformation peut être volontaire chez ceux qui veulent farder „le secret professionnel" ou chez ceux qui croient qu'ils pourraient être tournés dérision, ou qui craignent d'être punis pour „exercice illégal de la médecine".

Cependant, comme il est logique que la pureté ou l'impureté du folklore médical — comme du folklore en général — soit en rapport direct avec la stabilité ou la mobilité des peuples respectifs, avec leur conservatisme ou leur état réfractaire, avec leur esprit d'imitation et leur faculté d'assimilation; et tenant compte d'autre part que la transformation elle-même du matériel emprunté, par adaptation, est un produit psycho-mental autochtone, nous devons admettre que chaque peuple a son folklore que nous pouvons considérer comme national ou même régional.

A ce point de vue les incantations si répandues chez les Roumains, les Bulgares et les Yougoslaves, constituent un exemple typique. Ce ne sont que de vieux exorcismes païens, que les chrétiens se sont appropriés, et auxquels ils ont donné un caractère particulier en remplaçant les divinités païennes bienfaisantes par Dieu le Christ, la Vierge ou les Saints.

Cela étant, pour éviter des conclusions erronées, on doit, dans le matériel folkloristique de chaque peuple — ou de chaque pays — ne pas perdre de vue les nuances suivantes:

a) Folklore original, particulier ou primitif, ou conservé comme tel.

b) Folklore particulier mais altéré par emprunts faits aux étrangers ou à la médecine scientifique.

c) Folklore emprunté à l'étranger et conservé comme tel.

d) Folklore emprunté à l'étranger ou à la médecine scientifique, mais adapté aux circonstances par des modifications locales.

e) Folklore emprunté à la science et conservé comme tel — c'est-à-dire médecine proprement dite ptatiquée par des personnes sans titres.

Il est évident que dans n'importe quel pays ou quel peuple la réponse à ces questions n'est facile pour personne; elle devient extrêmement difficile quand il est question d'analyser le folklore médical de pays limitrophes — comme sont les pays balkaniques dont les peuples ont vécu en un continuel mélange au rours des siècles.

Plus encore, aujourd'hui même le milieu de la Péninsule balkanique est occupé par des Macédoniens (Roumains) — qui ont été longtemps sujets de la Turquie, et qui — exception faite de ceux qui vivent en Roumanie — sont dispersés parmi les Bulgares, les Grecs et les Yougoslaves; — Dans le sud de la Bessarabie (Roumanie) on trouve des villages peuplés de Bulgares ou de colons allemands; en Dobroudja il y a un mélange encore plus compliqué de population roumaine, bulgare, turque et tatare; — au bord du Danube, sur la rive droite (en Yougoslavie et en Bulgarie) vivent beaucoup de Roumains, tandis que sur la rive gauche (en Roumanie) habitent des Yougoslaves et des Bulgares. Il est donc naturel que les manifestations de ces peuples — et implicitement leur folklore médical — ait subi des influences réciproques et se présente sous une forme qui appartient à tous.

Toutefois, par une analyse sévère, impartiale et faite sans idée préconcue, sans ignorer bien entendu les coincidences — possibles partout et toujours — je crois que l'on peut identifier certains éléments spécifiques de chacun des Pays balkaniques.

Ainsi par exemple il était naturel que le bain appartînt à l'initiative populaire des habitants des îles de la mer Egée (Grèce); et personne ne peut contester que le bain et les execcicés physiques ont trouvé leur application en Grèce et ailleurs bien avant l'apparition de la médecine scientifique. Mais d'autre part il est tout aussi vrai que les Turcs ont eu leur bain populaire, spécial, qui, aujourd'hui même, partout où il est employé dans sa forme originale, garde le nom de „bain turc".

Tout aussi naturel a été l'emploi du pétrole — noté par *S. Klotz* dès (1712) dans la thérapeutique populaire des Roumains — sans que cette méthode soit suivie par d'autres — par ce que le pétrole a coulé ici naturellement à la surface du sol, tandis que les autres peuples qui ne l'ont pas connu ne pouvaient pas inventer son emploi.

De même personne ne peut contester que la thérapeutique botanique ait existé sur le territoire de la Roumanie d'aujourd'hui, avant même l'occupation de la Dacie par les Romains; Dioscoride en effet nous confirme ce fait dans son ouvrage „sur la matière médicale".

Il a ainsi au livre II, chap 10, tome I p. 328, parle de la plante Hedera Felix que les Daces appelaient „edera" ou „iedera", tandis que les Romains la nommaient „sylva mater" et les Grecs „Kisos" ou „Kitharon". — Au livre I, chap. II, T. I, p. 355, nous trouvons la plante „Dipsacus" que les Daces nommaient „skiar" et que les Roumains appellent „scai" ou „skir", tandis

que les Romains la désignaient sous le nom de „labrum" ou de „carduum veneris", les Egyptiens sous celui de „sesencor" ou „metela", et les Grècs sous celui de „dipsakos". — Au livre IV, chap. 105, T. I. p. 598, nous trouvons la plante Personata, nommée „riborasta" par les Daces, „brusture„ par les Roumains, „personata" ou „lapa" par les Romains, et „arcion" ou „prospida" par les Grècs. — Au livre IV, chap. 175, T. I. p. 969, nous trouvons la plante „Colochyntis" appelée „tutastra" par les Daces, „totârca" par les Roumains, et „cucurbita sylvatica" par les Romains, etc.

Il ne fait donc aucun doute que ces exemples du moins, qui ont été notés dès les temps anciens, peuvent être invoqués en faveur de l'originalité, en l'espèce du folklore roumain hérité des Daces.

De même *M. Süheyl* a signalé pour la Turquie que l'emploi de la scille nomée „iskil" ou „oignon des îles" a été remarqué par dès l'année 1647, etc.

Cela n'esclut pas cependant l'originalité de tant d'autres connaissances qui sont appliquées aujourd'hui dans les pays balkaniques, mais qui n'ont pas été notées.

Je répète pourtant que, pour les pays balkaniques, le problème du folklore médical posé dans sa complexité — surtout du pont de vue ethnographique — est très difficile à résodre à cause des influences subies au cours des siècles.

J'ai déjà rappelé que, à l'influence asiatiuqe venue par le nord de la Mer Noire, s'en est ajoutée une autre venue de la côte sud. Il est naturel que, partis de la Volga, et par le territoire de la Roumanie d'aujourd'hui pour s'établir au sud du Danube, les Bulgares et les Roumains se soivent emprunté réciproquement quelque chose de leur folklore. De même venant d'Asie, les Turcs ont amené un folklore déjà mêle d'éléments hindous, assyriens, haldéens, égyptiens, et surtout arabes; aussi peut-on aisément soupçonneur ce qui a résulté de ce mélange, lequel s'est mêlé à son tour au folklore greco-bulgaro-yougoslavo-roumain.

On pourrait s'attendre à ce que le folklore grec fût le moins altéré, puisque cette partie de la péninsule a moins été par courue par les invasions. Mais en dehors des emprunts faits aux Egyptiens, le folklore grec a subi lui aussi l'influence des occupations romaine et turque, — en ne tenant pas compte de ce qui a été importé des autres pays.

A son tour, le folklore grec — pur ou altéré — a été répandu dans les pays du nord de la péninsule (Bulgarie, Yougoslavie et Roumanie) par deux voies, l'une directe par la pénétration par terre ou par la Mer Noire, l'autre indirecte, par l'Italie — venaut de l'Ouest avec les armées romaines d'occupation, ou de l'Est par la Mer Noire grace aux Vénitiens ou aux Gênois.

A l'appui de cette affirmation il serait suffisant de rappeler que les Grecs ont l'habitude de faire des processions pour éloigner les malheurs, et qu'à cette occasion ils chantent ou crient: „Kyrie Elei son".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cette habitude est passée chez les Romains et nous la trouvons en Italie dans la manifestation nommée „Krijalesim"; nous la rencontrons dans les Vosges (chez les Français) où elle s'appelle „Kyriolé" ou „Criaulé"; elle existe dans le nord-ouest de la Roumanie (Maramureş)) sous le nom de „Kiralexa". Il est vrai que ces manifestations existent aussi dans le reste de la Roumanie et en Yougoslavie, mai nulle part elles ne portent le nom cité ci-dessus. (Nous croyons qu'en Bulgarie le nom est identique).

Il semble de même incontestable que la fête des „Martins" avec la coutume que ce jour-là les malades soient foulés aux pieds par un ours — coutume que nous trouvons dans certaines parties de la Roumanie ait été empruntée des Romains et nommée ainsi du nom du Dieu Martin. Ainsi s'explique l'appellation donnée à l'ours quand il est invité à danser: „Hé Martin, danse bien!". Mais dans d'autres régions de la Roumanie nous trouvons la même fête appelée fête des „lucines", qui paraît avoir eu lieu d'abord chez les Croates et les Slavons.

Il est vrai que l'emploi de la graisse d'ours comme médicament pour faire pousser les cheveux, comme l'emploi des poils arrachés à l'ours, sont signalés par Pline, mais le fait que la coutume du „foulage par l'ours" existe dans toutes les régions montagneuses (chez les Roumains, les Bulgares, les Macédoniens) et qu'elle se pratique même en dehors du jour des „martins", nous fait croire que, à côté de l'habitude importée des Romains, il y a ici l'originalité d'une invention locale.

Les coincidences qui, je le répète sont possibles en tout et partout, ne peuvent se nier en cette matière, car, aussi bien Socrate (à Athènes, en Grèce) que Décébale (à Sarmizegetuze, en Dacie) se sont donné la mort en buvant la ciguë; mais qui pourrait soutenir qu'eux ou leurs peuples se soient inspirés les uns des autres?

D'ici nous pouvons déduirec que la même coutume dans le même pays peut appartenir en partie au folklore original, et en partie au folklore emprunté.

Mais il est à remarquer que, par le mélange continu des peuples, la vie des villes acquiert de jour en jour une nuance d'internationalisme, qui a commencé à atteindre même les villages; et il est fort probable, que graduellement, avec la diffusion de la civilisation dans les masses populaires, le folklore médical disparaitra ou tout au moins s'altérera de telle façon qu'on ne pourra plus reconnaître ni ce qui fut fut autrefois spécifiquement local, et même le peu qu'il serait encore possible de découvrir ou d'invoquer aujourd'hui de plus caractéristique.

Mais même si au point de vue ethnographique tous nos efforts ne réussissent pas à atteindre le résultat désiré, ou si l'on estimait qu'ils ne méritassent pas la peine que coûtent les recherches faites dans cette direction, personne ne peut contester que l'on a connuet que l'on connaît encore — bien des poisons que la médecine scientifique ignore complètement. Ainsi, même si nous considérons le folklore seulement du point de vue pratique — utili-

taire — il est nécessaire que le plus rapidement et le plus complètement possible le folklore médical soit approfondi par l'étude du matériel déjà rassemblé, et par la récolte de celui qui est encore dispersé.

Nous en tenant à la définition que nous avons donnée au début, l'on peut affirmer que le folklore médical recueili jusqu'à maintenant dans les pays balkaniques constitue un matériel passablement riche, et que, comme tout autre, il peut être divisé, en deux parties.

L'une, abstraite ou mystique, qui comprend les croyances, les superstitions, les coutumes, les prières, les incantations, les charmes et les sortilèges.

L'autre, positive ou réelle, qui comprend les divers emplois (applications médicales) des éléments appartenant aux règnes végétal, animal ou minéral, ainsi que diverses pratiques chirurgicales.

Comme il m'est impossible de donner des exemples pour chacune de ces catégories, — et aussi pour chacun des pays balkaniques — je doisme borner à affirmer que l'analyse du matériel de la première catégorie peut nous permettre de mettre en lumière certaines notions d'étiologie assez exactes, et certains princepes de thérapeutique passablement judicieux.

L'étiologie de la divinité, — c'est-à-dire de l'inconnu — est certes celle qui se rencontre le plus souvent, et c'est à elle qué s'adresse l'intéressé — soit directement par son „Dieu m'en garde" ou son „Que Dieu m'aide", soit par l'intermédiaire du prêtre — qui peut dire des „prières", ou de la vieille femme qui sait faire des incantations.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dans la prière que l'on faisait autrefois contre les fièvres paludéennes, laquelle avait pour but de chasser le diable de l'étang, on voit cependant bien que, quoi que l'on ignorât la véritable cause de la maladie, il existait cependant une intuition sur son origine. De même, l'incantation contre „les rideaux" — mots par lequel on entend aussi bien le pterigion que la catarace — ne guérissait certainement pas par la simple affirmation: „avec la pioche je te piocherai, avec le râteau je te râtisserai, avec le balai je te balaierai", mais ainsi on annonçait le principe de la plus moderne des opérations. De cette façon encore, dans l'incantation contre le „bouton" — comprenant toutes les tuméfactions inflammatoires — il est évident que la guérison ne venait pas de la simple menace: „sauve-toi, bouton, sinon je vais te percer, je vais avec mon couteau (ou mon sabre) te couper en 9 morceaux, et je vais te jeter dans neuf vallées, et ta racine se desséchera, etc."; mais dans cette chaîne de mots on reconnaît fort bien autant l'opération que l'évolution des tumeurs inflammatoires.

J'ignore le processus mental qui a conduit à personnifier les maladies — ce que nous trouvons dans tous les folklores — mais ce qui est très intéressant, c'est, dans les incantations, la façon dont çsont caractérisées certaines d'entre elles, figurées avec „une tête de serpent, un coeur de loutre, des bras comme des branches, et

des jambes comme des dévidoirs", — ce qui signifie qu'il est question d'une maladie grave et qui peut s'étendre partout.

L'exemple le plus typique de l'ignorance de la cause et de la localisation de la maladie, se trouve dans l'incantation qui embrasse d'un seul coup toute la pathologie, disant: „toi mal noir, vert, bleu, etc. turc, grec, etc. de cheval, de chien, de mouton, de porc, etc., sauve-toi de la moelle des os, des boyaux, des reins, du sommet du coeur, de la cloison du nez, etc.".

Il y a encore lieu de remarquer que certaines des femines qui pratiquent ce genre d'incantations terminent leurs opérations par la formule „l'incantation a été faite par moi, mais la guérison vient de Dieu, tandis que d'autres disent: „Que la guérison vienne de Dieu mais donne à la vieille son aumône" c'est-à-dire sa récompense.

D'ailleurs la vieille croyance à l'influence surnaturelle dans la production des maladies, non définie, c'est-à-dire visant Dieu, ou fiDxée sur le soleil, la lune ou d'autres astres, trouve une parfaite Dconfirmation dans les études — plus ou moins récentes — sur les influences astrales sur la vie terrestre; et si l'on avait prêté plus d'attention à la science des astrologues, — en laissant de côté naturellement les simples charlatans — nous saurions peut-être d'avantage aujourd'hui.

Ecartant la question des ex-votos et du port des amulettes, sous toutes leurs formes, — laquelle d'ailleurs n'est pas dénuée d'intérêt —, et retenant l'importance des „prières" des prêtres, qui agissent toujours sur l'âme et indirectement ont leur répercussion sur le physique, — mais excluant de nos préoccupations la question des charmes et ds sortilèges qui est plutôt du domaine de la farce, nous devons reconnaître que, du matériel abstrait du folklore médical, il reste deux grands chapitres: a) celui des „coutumes" dont on ne doit pas se moquer sans discernement, car souvent elles traduisent le résultat d'observations séculaires; b) celui des „incantations" qui est le plus riche et le plus varié.

Il est certain qu'en elles-mêmes les incantations n'ont absolument aucune valeur autre que la force de la foi, par laquelle elles agissent comme les „prières", mais elles deviennent intéressantes et peuvent réserver de grandes surprises par les pratiques qui s'y associent, c'est-à-dire par des emprunts au folklore positif.

Nous reportant au folklore positif — qui si empirique qu'il soit, constitue une médecine réelle, nous constatons que ce dernier est certainement le plus important à tous les points de vue.

Le matériel de ce chapitre folkloristique comprend beaucoup d'éléments de thérapeutique médicale: herbes, pommades, tissus animaux crus ou séchés, produits minéraux, etc., ainsi qu'un grand nombre d'instruments et d'opérations, des fractures, ventouses, venisections, extraction des dents, castration, trépanation, etc. etc. [1]).

---

1) Les exemples de cette catégorie rempliraient tout un volume; tout le matériel réuni forme plusieurs volumes.

La richesse et la valeur du matériel de ce genre — que je crois le même pour tous les pays — est de nature à nous faire regretter le retard avec lequel on commence à l'étudier.

La science médicale et les malades auraient au contraire gagné si l'on avait donné à ce matériel populaire ce qui lui manque presque complètement: la précision des indications, le dosage, et le perfectionnement de l'application.

Mais, pour les pays balkaniques où la médecine scientifique s'est répandue plus tard, l'approfondissement du folklore médical devient d'autant plus intéressant que, en dehors de la contribution qui serait éventuellement apportée à l'ethnographie, il se prouverait que les différents peuples de cette région jouissent d'une vitalité exceptionnelle qui leur a permis de résister et de se perpétuer sans beaucoup de soins, ou bien que leur médecine populaire est si efficace qu'elle a pu remplacer longtemps et avec succès, la médecine scientifique inexistante.

Il est certain que le problème du folklore médical — pour les pays balkaniques comme pour tous les autres — ne peut se resoudre en une seule fois, ni par quelques hommes, ni même par tout un Congrès. Ne pouvant réunir l'unanimité, l'étude du folklore demande une action commune et bien soutenue de la part du plus grand nombre possible d'hommes, — action qui doit être conduite d'après un plan homogène et bien établi, — commençant simplement par l'indentification des maladies, précisant les maladies auxquelles le peuple donne les diverses dénominations qu'il emploie, ou en d'autres mots, précisant le diagnostic scientifique des diagnostics populaires.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Etablissant maintenant cette collaboration, en amenant le problème aux débats du Congrès, la Société internationale d'histoire de la Médecine, et le comité organisateur du congrès ont au le mérite d'engager la question sur la seule voie qui peut conduire à une solution; et l'ethnographie, et surtout la médecine pratique ne peuvent que leur en être reconnaissantes.

EUGENIA ŞI INOIRILE CODULUI PENAL

de

I. VASILESCU-BUCIUM

Jude de Instrucţie-Preşedinte.

Criminologia numai atunci se va ridica la rangul de adevărată ştiinţă — teoretică şi practică — pentru studierea şi tratarea fenomenului morbid al criminalităţei, când va îndeplini următoarele postulate metodologice:

1) In cercetările ei, să înceapă printr'o prealabilă operă de curăţire a spiritului investigator, de resturile unor prejudecăţi de fals-umanitarism, cu cari ne-au populat conştiinţa liberalismul şi invidualismul excesiv, ale unui secol perimat — efectuându-se netezirea terenului, prin aceea „tabula rasa" a procedeului baconian *), contra idolilor mincinoşi, cari au întunecat cugetele penaliştilor moderni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2) Să prindă firul cauzalităţii fenomenale, în manifestarea, antisocială, a criminalităţei, pentru ca, stabilind legile inerente ale eredităţei, printr'o cunoaştere metodică a cauzelor patologice.

3) Să poată combate efectele morbide, bio-psichico-sociale, nu numai printr'o unilaterală şi insuficientă represiune penală — ci, mai ales, prin instaurarea acelui regim preventiv, al unor salvatoare norme legislative, inspirate din principiile superioare, ale ştiinţei eugeniei.

Spre acest scop, devine necesar de analizat, în prealabil, cari sunt ţelurile eugeniei şi cum — adoptând aceiaşi metodă de investigaţie — s'a putut, ea însăşi, constitui ca ştiinţă, bazată pe cunoaşterea, sistematizată, a legilor eredităţei umane.

Legile ştiinţifice — în general — se pot grupa, în trei mari categorii: de repetiţie, de opoziţie şi de adaptare. **).

Aspectul — care ne interesează — de repetiţie, a fenomenelor, se poate observà, în domeniul fizic, ca legi ale ondulaţiei şi gravitaţiei universale; în domeniul biologic — ca legi ale eridităţei şi în domeniul psicho-social: ca legi ale deprinderei şi imitaţiei.

Şi, în măsura în care spiritul observator a putut prinde raporturile, imutabile, de similitudine, de contrast sau simetrie şi de armonie — din infinitul mare, cosmic, ca şi din infinitul mic, al

*) A se vedea «Novum organum» de Francisc Bacon.

**) Vezi G. Tarde — «Les lois sociales — Esquisse d'une sociologie» éd. 6 Paris, pag. 158.

celulelor — pătrunzând, tot mai profund şi mai sigur, în lumea fizică, organică şi psicho-socială, s'au putut închegà şi ştiinţele respective, ale astronomiei, biologiei, psichologiei şi sociologiei, — prin formularea legilor, speciale, de repetiţie, opoziţie şi adaptare.

In biologie, s'a demonstrat — prin teorie celulară — că atât la animale, cât şi la plante, elementul prim este celula care ascunde, în ea, tendinţa de conservare şi înmulţire progresivă, a infinitului celular, din celula ovulară.

In acest domeniu, se poate observa deci că, fenomenul vital, elementar, este repetiţia indefinită — a modalităţii de înmulţire, creştere, nutriţie şi funcţiune — potrivit depozitului tradiţional pe care l-a primit moştenire şi pe care, celula vie, îl va transmite posterităţii, cu defectele şi calităţile, inerente.

Acest fenomen biologic, de transmitere către descendenţi, a caracterelor ascendenţilor — printr'o conformitate, nedesminţită, cu structura celulară precedentă — se numeşte ereditate şi reprezintă forma vitală, a aceleiaşi repetiţii, din lumea organică, precum ondulaţia şi mişcarea periodică reprezintă forma fizică, din lumea cosmică; iar deprinderea şi imitaţia, forma psicho-socială din societatea umană.

De aceea — cu drept cuvânt — dând termenului „imitaţie", o largă accepţiune, ilustrul profesor de fizio-psichologie, *Baldwin* *), dela Universitatea din Princeton, a putut spune că imitaţia este faptul fundamental, nu numai al vieţii sociale şi al vieţii psichologice, ci chiar al vieţii organice, unde ea ar fi condiţia deprinderei şi a eredităţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Insă studiul eredităţii numai atunci a putut ajunge la un rezultat ştiinţific, când a putut stabili acea predispoziţie fatală, a copiilor, de a moşteni, nu numai calităţile precusorilor, ci şi anumite grave anomalii — mintale şi corporale — ale înaintaşilor, atinşi de maladii ereditare.

Progresul unei ştiinţe s'a putut efectuà numai prin investigaţiuni, paralele şi verificatoare, atât în domeniul normalului, cât şi anormalului.

De aceea, logicianul Iohn Stuart Mill **), a remarcat, cu mult temei, că: „o ştiinţă, ca astronomia, n'a putut deveni exactă, mai înainte de a fi explicat şi raportat cauzelor lor, nu numai direcţia generală a mişcărilor planetare, ci şi perturbaţiile lor" — tot astfel şi studiul eredităţii a progresat când cercetarea deviaţiei patologice a intrat în analiza funcţiunii fiziologice, stabilindu-se legile de desvoltare şi transmisiune, atât ale caracterelor normale, cât şi anormale, din domeniul psicho-biologic.

Purtătorii unor grave anomalii — morale şi organice — ca descendenţi din indivizi disgenetici, devin nu numai o povară pentru societate; dar — ceeace e mai grav — majoritatea lor, ca elemente tarate, prin substratul patologic moştenit, capătă o înclinaţiune morbidă către actele antisociale şi se prezintă ca predestinaţi la delicvenţă.

---

*) A se vedea «Développement mental chez l'enfant».
**) V. «Systhème de logique-inductive et deductive»—T. II ed. III pag. 430.

Astfel pusă problema studiului eredităţii în criminologie, se pot deschide adevărate orizonturi ştiinţifice, de cercetare pozitivă, a anormalităţii şi pericolozităţii criminale, prinzându-se firul unei cauzalităţi pentru ca, încercând a combate fenomenul morbid social — ab origine — să se distrugă însăşi izvoarele sale, după metoda, preventivă, eugenetică.

Intr'adevăr, eugenia lucrează pentru realizarea a două ţeluri:

a) Crearea de condiţii prielnice înmulţirei elementelor robuste si bine înzestrate, ale rasei noastre.

b) Făurirea unor piedici perpetuărei indivizilor anormali şi inferiori — candidaţi siguri la delicvenţă — cari, prin acţiunea lor antisocială, copleşesc puterea creatoare a elementelor superioare, turburând cooperarea socială a forţelor productive ale unui neam.

Incontestabil, că statul — ca formă socială a organizaţiei de drept — e dator să ocrotească desvoltarea elementelor superioare şi apte pentru civilizaţie, contra acţiunei distrugătoare a elementelor inferioare şi antisociale, schimbând vechea concepţie legislativă, de simplă represiune penală — adesea tardivă — dovedită inoperantă în combaterea criminalităţii şi înlocuind-o prin acel sistem de măsuri ştiinţifice, inspirate din metodele active ale eugeniei, în stare să satisfacă complexele şi variatele nevoi de apărare socială.

Noul cod penal se cuvine să adopte măsuri de efectivă siguranţă socială şi de prevenire a delicvenţei, garantând — nu numai teoretic ci şi practic — ordinea socială în lupta, din ce în ce mai grea, contra elementelor antisociale.

Statul are obligaţia — sine qua non — ce rezidă în însăşi raţiunea lui de a fi, pentru restabilirea echilibrului social zdruncinat, să instaureze noi condiţii, prielnice desvoltărei şi perpetuărei elementelor, bine dotate, care apără dreptul şi sunt izvoare de cultură — luând, în schimb, măsuri drastice contra perpetuărei progeniturei tarate, din care se recrutează elementele provocătoare de teroare socială, clienţii închisorilor şi ale ospiciilor de alienaţi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spre acest scop, modificările codului penal vor trebui să aibă în vedere principiile, riguroase, ale eugeniei, renunţând — cu resemnare — la vechea milă ipocrită şi clasica pasivitate faţă de defectivitatea umană şi căutând să lovească răul social, în însăşi cauzele lui generatoare.

In consecinţă, legiuitorul penal român va trebui să se inspire din noua concepţie de legiferare — care a pătruns temeinic, în alte state, cu superioare tendinţi de profilaxie socială — astfel cum am avut prilejul a le examinà, pe larg, în lucrarea mea anterioară, intitulată „Conceptul eugenic în legislaţia modernă" *) şi să proceadă, neîntârziat, la acea operă necesară de cauterizare, până plăgile sociale nu vor infectà întreg organismul unei naţiuni.

Se impune — ca tăria unui imperativ categoric — să se adopte fără restricţie, dezideratele cu caracter eugenic, ale celui de al XI-lea Congres internaţional penal, ţinut la Berlin, în August 1935.

*) Vezi revista «Justiţia Olteniei» No. 8—7 din 1935.

ASASINAREA LUI BARBU CATARGIU

de
D-r T. VASILIU
Medic legist
Sub-Director al Inst. Medico-legal
din Bucureşti

Imprejurările în care a fost ucis cel dintâi Preşedinte de Consiliu al Principatelor Unite sunt arătate în „Depeşa Circulară" No. 4487 din 8 Iunie 1862, către toate Prefecturile de judeţe, Subprefectura de Olteniţa şi Directorul ministerial din Iaşi, astfel:

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

„Astăz' la 6 ore după amiază, d. Barbu Catargiu, primul ministru, ieşind din Cameră, a fost asasinat prin două lovituri de gloanţe. Asasinul nu s'a descoperit încă. Fiţi cu luare aminte asupra persoanelor ce vor sosi sau vor fi sosit în acel judeţ sau reşedinţă, ce vă vor insufla bănueli.

Se bănueşte că asasinul ar fi un om îmbrăcat nemţeşte, blond, cu barbişon şi ciupit de vărsat şi cu pălăria de paie cu borduri negre".

Cercetările au fost continuate în tot cursul anului 1862, însă rezultatele au fost negative. Asasinul n'a fost nici prins, nici identificat.

După 11 ani, Ministerul de Justiţie hotărăşte reluarea investigaţiunilor. Ca urmare la această intervenţiune, Procurorul general de pe lângă Curtea de Apel din Bucureşti înaintează Ministerului, cu No. 4742 din 14 Mai 1873, un foarte interesant şi documentat memoriu asupra întregii afaceri. Din acest memoriu extragem următoarele:

„In anul 1862 Iunie 8, orele 5 şi 6, pe când primul-ministru B. Catargiu se întorcea acasă, în trăsură, de la Cameră, însoţit de d. prefect al Capitalei, pre dealul Mitropoliei a fost împuşcat la cap cu un pistol care s'a şi găsit de d. procuror al Curţii criminale şi s'a constatat a fi chiar acela care a servit la comiterea crimei. Domnii medici Felix, Iorganda şi Sarrhos au constatat asemenea prin actul medical din 9 Iunie, aprobat de consiliul

superior de medicină, că moartea victimei a fost în adevăr provenită prin descărcarea unei arme de foc şi dela distanţă apropiată de un metru."

...„Din depoziţia d-lui dr. Sarrhos, din care se constată că d-sa împreună cu alţi doi medici, dr. Felix şi dr. Iorganda, au făcut autopsia cadavrului B. Catargiu, că în timp când se afla acasă la decedat, îndată după comiterea asasinatului, a venit acolo şi fostul domnitor Cuza, care se afla într'o stare foarte revoltată, fiindu-i faţa roşie, iar nările nasului şi pleoapele ochilor îi băteau; că Domnitorul a schimbat câteva cuvinte cu d. Arsachi (noul prim-ministru, n. a.), pe care martorul n'a putut să le auză, decât i-a spus în urmă că d-l Arsachi ar fi zis lui Vodă-Cuza că: de la primul-ministru şi până la prinţ nu este departe. Câteva zile după aceasta, arată că d-rul Sarrhos a întâlnit pe Radu Rosetti şi, vorbind cu dânsul despre asasinatul în chestiune, i-ar fi zis Rosetti că, dacă ar fi prefect de Poliţie, ar descoperi pe autorul crimei, care nu e arestat, nevoind a-i spune numele. Martorul însă a auzit din zvon că este Bogati, pe care îl cunoştea din casa prostituatei Ioana Ţiganca, unde d-l dr. mergea să revizuiască femeile; că nu mult după aceasta s'a dus martorul la acea casă publică şi, întrebând ce s'a făcut Bogati, i s'a răspuns că a plecat din ţară, căci s'a făcut bogat".

...„In fine arătarea d-lui colonel Bibescu, fost prefect de poliţie, din care rezultă că domnia-sa, rugat fiind de repauzatul B. Catargiu, l-a luat în trăsura sa şi că, ajungând sub bolta porţii Mitropoliei, a auzit două detunături de armă de foc, din care una a lovit pe fostul prim-ministru în craniul capului, de partea stângă, iar cel de al doilea glonţ a şuerat pe la urechea sa. Că'n acel moment martorul a strigat că focul s'a dat de sub poartă. Neputând însă opri caii, care se speriaseră, trăsura a mers încă o sută de paşi şi atunci s'a dat jos, rugând pe d-nul Plagino, ce se afla acolo, să conducă pe victimă acasă, iar d-sa s'a întors înapoi şi, cu ajutorul mai multor agenţi, a oprit eşirea de la poarta Mitropoliei, trimiţând şi la cazarmă, spre a veni un detaşament de jandarmi şi pompieri, apoi s'a dus de a raportat Domnitorului Cuza. Intorcându-se după aceasta la Mitropolie, martorul arată că de către agenţii publici i s'a dat un pistol, care în urmă s'a recunoscut a fi chiar acela cu care s'a săvârşit crima. Apoi a luat toate măsurile spre a surprinde pe asasin, dar nu a putut izbuti".

...„In cel din urmă, martorul adaugă, că moartea lui B. Catargiu nu a provenit din vreo ură personală, ci din fanatism politic...".

Intr'adevăr situaţia politică era extrem de încordată în vremea aceia — încordare produsă de cele două mari reforme în perspectivă: reforma rurală şi reforma electorală. In chestiunea rurală, mai ales, disensiunile dintre conservatori şi liberali, dintre reacţionari şi progresişti, erau profunde. Două lumi deosebite stau faţă în faţă: conservatorii la guvern, liberalii în opoziţie. „Conservatorii considerau proprietatea deplină şi absolută. Liberalii limitată şi condiţionată. După cei dintâi, ţăranii erau numai stăpânii braţelor lor. După cei dn urmă, erau însă şi uzufructuarii pământului pe care-l munceau de veacuri".

Opoziţia a pornit o campanie violentă contra reformei rurale a lui Catargiu. Primul-ministru a rămas însă neclintit, dârz în convingerile sale, mai ales că majorităţile parlamentare erau com-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

puse din marii proprietari. Ca urmare a acestor agitaţiuni, legea aspră de presă din Moldova a fost extinsă şi în Muntenia şi s'au luat măsuri riguroase pentru oprirea adunărilor politice.

S'a creiat o stare de spirit supraexcitată, o atmosferă politică încărcată care a favorizat şi provocat atentatul.

Aceasta era situaţia politică generală în acel moment. Substratul împrejurărilor care au produs moartea Preşedintelui de Consiliu, este următorul: Pentru aniversarea revoluţiei dela 1848, opoziţia a organizat o mare „demonstraţie naţională", care trebuia să aibă loc în ziua de 11 Iunie, tocmai când trebuia să se dea votul general la legea rurală a lui Catargiu. Parlamentul a cerut guvernului interzicerea adunării, iar Barbu Catargiu, mândru şi sfidător, a declarat:

„Pacea, domnilor, pacea şi odihna e scăparea ţării! Voiu prefera moartea mai înainte de a călca, sau a lăsa să se calce vreuna din instituţiunile ţării."

După pronunţarea acestor cuvinte, la eşirea din Adunarea Deputaţilor, Barbu Catargiu cade răpus de un glonte. Misteriosul criminal n'a fost şi probabil nu va fi descoperit niciodată... [1])

„Monitorul Medical al României" [2]) No. 15, din 15 Iunie 1862, la pag. 120, publică raportul medico-legal de autopsia cadavrului lui Barbu Catargiu, întocmit de doctorii Felix, Georganda şi Sarrhos.

Reproducem:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

AUTOPSIA CADAVRULUI D. BARBU CATARGIU
PRESIDENTUL CONSILIULUI MINISTERIAL
ŞI MINISTRU DE INTERNE

Nenorocita întâmplare, care în ziua de 8 Iunie a făcut pe România să piardă pe unul din cei mai eminenţi ai săi fii, s'a propagat cu iuţeală electrică în toată Ţara înfiorând inimile tutulor. De şi faptul infam este cunoscut deja lectorilor noştri, dar nu lipsim, să comunicăm şi Visum Repertum asupra autopsiei instituite a doua zi după moarte, care, după cum se înţelege, din cele descrise la autopsie, urma să fie instantanee.

VISUM ET REPERTUM

In urma invitaţiei colective a Onor. Administraţiei generale a serviciului Sanitar cu No. 5347, sub-însemnaţii, adunându-ne astăzi la 9 Iunie anul 1862, la 5 ore seara, în casele D-lui Barbu Catargiu, calea Mogoşoaei din Capitală, spre a constata cauza morţii D-sale, faţă fiind D-l Procuror al Curţii Apelative Criminale din Bucureşti, după depunerea jurământului, pro-

1) Pentru discuţia mai amănunţită a faptelor, vezi: A. D. Xenopol. Domnia lui Cuza-Vodă. Iaşi, 1903 şi Al. Lapedatu în Memoriile Secţiunii Istorice al Academiei Române, Seria III, Tomul XIV.

2) «Monitorul Medical» se găseşte în biblioteca Institutului Medico-Legal «Profesor D-r Mina Minovici».

cedând la cercetarea Medico-legală am aflat că D-l Barbu Catargiu ar fi fost împuşcat la 8 Iunie a. c., seara la dealul Mitropoliei şezând în trăsură, şi că ar fi murit imediat.

A. LA EXAMINAREA EXTERIOARA S'A CONSTATAT:

1. D. Barbu Catargiu era în etate cam de 60 de ani, de statură de mijloc, de constituţie sănătoasă.

2. Pe spinarea cadaverului s'a găsit mai multe pete mortuare.

3. La partea stângă a regiunei occipitale într'o depărtare orizontală de la urechea stângă de $4^1/_2$ centimetri, o rană iregulară cu diametrul vertical de 2 centimetri, şi cu diametrul orizontal de $1^1/_2$ centimetru, cu mărginile strivite şi sufundate de sânge. Sonda se poate cu înlesnire introduce în rană în direcţia de jos şi afară puţin oblic spre sus şi înăuntru într'o lungime $10^1/_2$ centimetri.

Pe urechea stângă şi în partea stângă a gâtului dedesuptul urechii stângi într'o întindere de cam aproape 40 centimetri patraţi o mulţime de puncte în substanţa coriului şi a Epidermului, mari cât un bob de meiu sau mai mici; cele mai mici de culoare neagră, cele mai mari negre cu un cerc roşiu împrejur.

4. In partea dreaptă lumbală două pete iregulare, vânăte, fiecare cam aproape de 30 centimetri patraţi. Afară de aceasta nici o lesiune exterioară.

B. LA CERCETAREA INTERIOARA A CADAVRULUI

5. Ţesătura celuloasă, subcutanee, fascia, musculi şi periostul împrejurul rănii descrise sub A. 3. sufundate cu sânge. Canalul rănii are o direcţie drepto-limară, întâi puţin oblic din afară şi de jos spre sus şi înăuntru, pătrunzând pielea, ţesătura celuloasă şi grăsimea subcutanee, fascia şi musculii cefei până la periostul osului occipital într'o lungime de $10^1/_2$ centimetri.

In această parte a canalului s'au găsit mai multe fire de păr (cari spălându-se, seamănă cu părul din capul răposatului) şi puţin sânge fluid.

Apoi canalul schimbă direcţia şi merge de la osul occipital spre jos şi spre stânga (afară) puţin oblic şi iregulat traversând musculii mucliei, trecând lângă atlas în partea stângă, rupând Artera vertebrală stângă în înălţimea vertebrei a doua şi vertebra a treia, rupând asemenea ligamentul cervical posterior şi ligamentul inter-vertebral între vertebra a doua şi vertebra a treia şi săvârşindu-se înteia vaselor (adică carodita internă, vena jugulară internă şi nervul pneumogastic) la înălţimea vertebrei a treia. Pereţii canalului sunt neregulaţi, striviţi, acoperiţi cu sânge închegat în mai multe părţi.

In fundul canalului se găseşte o bucată iregulată de plumb, având volumul unei alune mai mare care s'a predat imediat D-lui Procuror.

6. Osul occipital fără lesiune; meningele părţii posterioare a cerebrului şi cerebelului hyperemice, între dura-mater şi arachnoida cerebelului în partea posterioară puţin sânge fluid. Cerebelul în partea posterioară şi în partea nodului vital contusionat şi acoperit cu sânge închegat; în corpul restiform un estravat mic.

7. Partea superioară a meningelor vertebrale hyperemică, cavul meningelor vertebrale umplut cu sânge fluid de sus până la vertebra a 4-a,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

substanţa măduvei spinale hyperemică până la vertebra a 4-a, rădăcinile nervului al 3-lea spinal strivite.

PAREREA MEDICALĂ

1. Din cele descrise sub A. 3 şi B. 5, 6, 7 rezultă că D. Bárba Catargiu a murit din lesiunile cerebelului şi ale măduvei spinale ocazionate prin descărcarea unei arme de foc umplute cu plumbul descris sub B, şi

2. Că lesiunea produsă de acea armă era absolut letală.

3. Din petele punctiforme descrise sub A. 3, care au provenit din intrarea ierbei de puşcă în substanţa pielei, rezultă, că arma s'a descărcat într'o depărtare mică, adecă spaţiul între răposat şi armă în momentul descărcărei nu era mai mare de cât un metru.

4. Petele vânăte descrise sub A. 4, au provenit dintr'o mică contusiune.

D-r Felix, D-r Georganda. D-r Sarhos

Bucureşti, 1862, Iunie 9.

UROFORMINE GOBEY
COMPRIMÉS 0g50
AMPOULES 2cc & 5cc
ANTISEPSIE GÉNÉRALE
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...
Agent pour la Roumanie: Mr R. DUNOD
103, Strada Toamnei. — Bucarest

DESPRE ACTUALA ŞI VIITOAREA ORGANIZARE SANITARA CATEVA CONSTATARI ŞI DEZIDERATE

de

D-r VASILE L. CAMENIŢA

Medic al Spit. şi Circ. Cujmiru (Mehedinţi)

Din cele scrise în ziare, rezultă că în sesiunea de toamnă a parlamentului se vor depune între alte legi, trei cari interesează în cel mai înalt grad, întregul corp sanitar dela cel mai umil membru al său până sus de tot în vârful piramidei.

Prima lege este pentru armonizarea salariilor funcţionarilor publici, care sperăm că va repara marea nedreptate ce s'a făcut şi se face corpului medical funcţionar, care are astăzi o salarizare mai prejos de orice critică. Asupra acestei chestiuni s'a discutat la vreme, se cunoaşte importanţa ei, se ştie că atâta vreme, cât dreptate nu se va face, nici rezultatele bune ce se aşteaptă nu pot să vină. Aproape toate datele necesare pentru dreapta soluţionare se cunosc, numai de ar fi puse în aplicare, lucru de care suntem foarte neîncrezători.

A doua lege este a nu ştiu câtea, la număr, de *reformă administrativă*, în care am fost informaţi că se încearcă pe căi piezişe, punerea întregului serviciu sanitar din nou sub tutela prefecţilor de judeţe şi chiar a pretorilor, ce se ştie că tot la ordinul prefecţilor sunt. Deşi nu am văzut nicăeri scrise asemenea dispoziţii, totuşi dat fiind persoana care ne-a informat, credem că e foarte probabil să se întâmple acest lucru.

Ori toată lumea ştie cât de înverşunate şi nedrepte sunt prigoanele politice în mediul de provincie. Se mai ştie care a fost starea, în absoluta majoritate a cazurilor, în care a fost lăsat serviciul sanitar şi spitalele de către judeţele şi comunele cari le-au avut sub oblăduirea lor. Experienţa trecută este prea recentă şi crudă, spre a încerca din nou, şi dacă într'adevăr duşmanii ai serviciului sanitar vor încerca să-i dea asemenea lovitură, să sperăm că se vor găsi de cei în drept, mijloacele de a'i face inofensivi, înlăturând toate piedicele ce aceştia încearcă a le pune în calea progresului său.

A treia chestiune, de o importanţă capitală este *legea de*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

reorganizare sanitară a ţării, al cărei proect ar fi gata de discuţie. Se petrece şi aici greşala ce am semnalat în articolul nostru precedent. Se legiferează de un singur partid, fără nici-o siguranţă, dacă această lege va fi menţinută sau poate mai sigur, radical modificată de partidul ce va urma la conducerea ţărei.

Deasemenea nici corpul sanitar chemat a aplica pe teren această reorganizare sanitară, n'a fost deloc consultat. Acest lucru este o adevărată jignire ce pe nedrept i se aduce şi care spre însăşi prestigiul ce acest corp sanitar trebue să-l aibă, este bine să fie reparată.

In cadrul ideilor precedente, credem că nu este de loc neglijabilă chestiunea ce am tratat în articolele anterioare privitor la spitalele mixte rurale.

Trecem acum la alte părţi şi aspecte ale viitoarei reorganizări sanitare şi anume la *chestiunea medicinei curative şi preventive.* Zeci de ani s'a dat atenţie aproape numai medicinei curative, neglijându-se în mod aproape complect medicina preventivă. Credem că este absolut necesar ca avându-se în vedere experienţa şi învăţăturile trecutului să nu se cadă astăzi în extrema ceailaltă. Se impune deci în mod imperios o dreaptă cumpănire a importanţei atât a medicinei preventive cât şi acelei curative. Este drept că mai bine este a preveni boala, dar ţara noastră încă nu este în situaţia de a putea să neglijeze prea mult medicina curativă, care oricât va progresa medicina preventivă însă nu-şi va putea pierde cuvântul său.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aici vine la rând o altă chestiune, care după câte ştim este departe de a întruni unanimitatea celor în drept şi anume dacă medicii cari se ocupă cu higiena şi aşa zisa poliţie sanitară este bine să aibă drept să facă clientelă, adică medicină curativă. Din câte cunoaştem şi noi după aproape 7 ani de funcţionare, credem că cel puţin atâta vreme cât va fi aşa de prost salarizat ca azi, medicul care face medicină curativă, cu sau fără spital, nu va putea fi în nici-un caz un bun medic igienic, ori cât ar voi el să fie.

Iată de ce credem că este bine ca cel puţin medicii conducători de spitale să nu mai fie obligaţi să fie şi medici de circomscripţie. De sigur că ţinând seama de evoluţia încă destul de înapoiată a ţăranului român, medicul care să fie numai igienist, are încă puţine şanse de a fi util aşa cum voeşte, totuşi credem că a venit vremea ca să se ia în discuţie modalităţile ce trebuesc găsite ca, medicul igienist să-şi găsească utilizarea impusă de progresul de astăzi al ştiinţei. Aici este locul să arătăm că medicilor li s'a atribuit între altele lipsa de idealism, fiindcă ar refuza să se ducă la ţară în locurile vacante. Credem că această învinuire este nedreaptă, dat fiind condiţiile în cari medicii sunt chemaţi să activeze şi pentru a căror îndreptare s'a făcut aşa de puţin până în prezent. Asupra acestor discuţii s'a vorbit pe larg de D-l D-r *Cosac* în art. din No. 3—4 al revistei şi de noi în art. publicate în No. 5—6 în aceiaşi revistă. Nu mai revin asupra lor, căci constatările noastre, arată ipso facto şi îndreptările ce trebuesc aduse. Se va zice că pentru o

bună şi trainică organizare sanitară trebuesc fonduri enorme ce astăzi nu pot fi găsite. Eu cred că măcar în parte aceste fonduri pot fi găsite. De unde? Am putea şi noi indica câteva isvoare de unde s'ar putea lua o foarte mare parte din fondurile ce sunt necesare pentru sănătatea publică. Experienţa noastră personală ne-a arătat că în zadar am face acest lucru, căci nimeni nu ne-ar asculta. Aproape nu trece o zi fără ca ziarele sĂ nu arate diferitele chipuri în cari banul public este abătut dela destinaţia sa şi totuşi măsurile eficace de recuperare a acestui ban nu se văd, sau dacă le vedem pe ele, în nici-un caz nu le vedem efectele. Rezultă din cele de mai sus, că ar putea fi posibil ca cel puţin în parte să se facă o organizare sanitară bună a ţării care să dea rezultate bune. Se mai cere însă pentru aceasta ca organele în drept să aibe voinţa şi posibilitatea de activare aşa cum interesul ţării şi al sănătăţei publice o cere şi cum în parte am arătat şi noi. Dacă le au sau nu, în situaţia în care ne găsim nu putem da un răspuns. Socotim totuşi de a noastră datorie să facem cunoscute constatările noastre eşite din zilnica şi atenta observare a realităţii. In alt articol vom căuta să trecem în revistă şi alte constatări făcute de noi în domeniul sanitar rural cât şi dezideratele socotite ca juste faţă de constatările respective.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pyridium

Chlorhidrat de fenilazo-diamino-piridină

Antisepticul urinar calmant, pentru tratamentul per os.

Comprimate cu 0.1 gr. în ambalaje de 12, 25 şi 100 bucăţi.
Fiole de 1 ccm. în cutii cu 10 bucăţi

De 3 ori pe zi 1—2 comprimate.

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H. Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek Bucureşti III, Str. General Eremia Grigorescu, 9

II.

ANALISE*)

A. — SOC. ŞTIINŢIFICE — PERIODICE MEDICALE — CONGRESE

Biologie-Med. Experimentală.

D-ri C. LEVADITI et ARON VAISMAN: **Action curative et préventive du cholhidrate de 4' sulfanino, 2, 4 diamino-azobenzène dans l'infection streptococcique expérimentale.** — Acad. de Sc. de Paris, 13 Mai 1935.

Studiază efectele rubiazolului la şoareci şi acţiunea sa exagerează mijloacele de apărare ale organismului, mai ales fagocitoza. Se obţine sterilizarea definitivă în septicemii când repetă injecţiile. Compusul azoic (protonsil) a dat rezultate bune în erysipel, flegmoane amigdaliene, complicaţii puerperale şi alte infecţii streptococice.

R. H.

Cluj Central University Library Cluj

Prof. D-r V. PAPILIAN şi DRAND V. PREDA: **Influenţa bicarbonatului de sodiu asupra glicemiei experimentale.** — Cluj Medical No. 6/1935.

Autorii caută să vadă dacă bicarbonatul de sodiu nu influenţează glicemia, fac o serie de experienţe. In prima serie de experienţe injectează la câini bicarbonat de sodiu pe cale intra-venoasă, după 10' dozează zahărul şi fac o injecţie de adrenalină şi după o oră zahărul. Găsesc o uşoară mărire a glicemiei produsă de bicarbonat. In a doua serie de experienţe se injecta bicarbonat de sodiu şi apoi pilocarpină, în a treia serie se injecta bicarbonatul cu pilocarpina, în ambele glicemia pilocarpinică nu e împedecată de bicarbonatul de sodiu; ligatura venei porte produce o glicemie ce nu se produce dacă injectăm bicarbonat. Bicarbonatul mobilizează glicogenul hepatic şi nu se poate produce hiperglicemia.

R. H.

D-r C. LEVADITI: **Etude de la neuroprobasie des virus de l'herpes et de la rage au moyen du rayonnement total de la lampe à mercure.** — Acad. de méd. de Paris, Janvier, 1935.

Comunică o serie de experienţe care arată că radiaţiile lămpei cu mercur suprimă repede in vitro puterea patogenă a virusului neurotrop a turbărei şi a herpesului; sterilizează suprafaţa ectodermică inoculată şi nu împiedecă neuroprobazia germenului herpetic şi nu se opune la acea a virusului

*) Analizele se referă numai la lucrări medicale româneşti.

rabic. Animalele care au fost protejate contra infecţiei locale rabice corneene cu ajutorul razelor ultraviolete n'au imunitate apreciabilă.

Neuroprobazia centripetă a virusurilor neurotrope se face foarte repede.

D-ri C. LEVADITI et V. DEUTSCH: **Action du rayonnement total de la lampe à mercure sur le virus récurrentiel.** — C. R. Biol., Paris, 15 Juin, 1935.

Studiază ce fel se comportă faţă de razele ultra-violete, virusul recurenţial din sângele şi creerul animalelor sacrificate în plină infecţiune de o parte şi în nevraxul animalelor refractare. Găsesc diferenţe nete între virusul recurenţial din sângele şi creerul animalelor sacrificate în plină infecţiune şi nevraxul virulent al celor refractari.

D-ri C. LEVADITI şi J. VIEUCHANGE: **Inoculabilitatea anumitor virusuri neurotrope (herpes, poliomyelită) pe calea conductului auditiv extern.** — Acad. des Sciences, Paris, 20 Mai 1935.

Autorii arată că este posibil de a inocula encefalita herpetică la epure, depunând virusul în conductul auditiv extern. Condiţiunile experienţei au exclus o contaminare pe altă cale.

Nu numai encefalita herpetică, dar şi poliomielita a fost transmisă la maimuţe pe această cale.

I. R.

D-ri C. LEVADITI, R. SCHOEN şi A. VAISMAN: **Ciclul evolutiv al „treponemei pallidum".** — Soc. de biol. de Paris, 1 Juin 1935.

Treponema pallidum suferă, în anumite circumstanţe, modificări morfologice cari se traduc printr'o înfăşurare pe propria-i axă, dând bucle mai mult sau mai puţin strânse şi compacte. Se pot observa toate fazele de transiţie între aceste forme şi granulaţiile argintofile de dimensiuni foarte reduse.

Autorii studiază aceste aspecte ale spirochetei în raport cu activitatea patogenă a virusului sifilitic. Practicând grefe de sifiloame sub pielea scrotului la iepure, şi în regiunea dorsală la şoareci, ajung la concluzia că formele în bucle sunt stadii particulare din ciclul evolutiv al virusului sifilitic.

I. R.

Prof. GH. POPOVICIU şi C. OPRIŞIU: **Contribuţiuni la studiul amoniacului sanguin.** — Clujul Medical No. 9/1935.

Este cunoscută importanţa deosebită pe care o are studiul amoniacului în fisiologia şi patologia infantilă; amoniacul serveşte la nevoile mărite, fiziologice, de alcali a copilului şi variază după regim şi după stările patologice ale copilului.

Cercetările mai vechi ale autorilor, făcute in vitro sunt confirmate de cercetări in vivo, cari stabilesc următoarele:

Concentraţia mărită a H-ionilor ridică nivelul amoniemiei la un plus de tampoane de fosfaţi şi o scade în prezenţa tampoanelor de lactaţi. Există un paralelism între variaţiile amoniacului şi fosforului sanguin. Acidul lactic are o acţiune de inhibiţie asupra formărei amoniacului sanguin. Glucoza deasemenea produce o scădere a amoniacului sanguin, fie direct, fie prin formarea unui compus care fixează fosfaţii sau amoniacul, fie prin acidul lacti rezultat prin glicoză.

. In tetania de iperventilaţie, amoniacul creşte cu intensitatea spasmului, totuşi relativ mai puţin ca în activitatea musculară obişnuită, datorit tocmai efectului inhibitor al alcallozei, iperlactacide mici şi ipofosfatemjej concomitente din iperventilaţie.

I. Rosenstein

D-ri V. VASILESCU şi MARG. BECULESCU-PASCU: **Rolul glandelor salivare în eliminarea hormonilor sexuali.** — Rev. Stomatol. No. 5, 1935.

Fac o serie de cercetări în Laboratoarele Clinicei Ginecologice şi Obstetricale din Cluj, Prof. D-r Grigoriu. Şi găsesc prezenţa hormonilor sexuali în salivă în cantitate mult micşorată faţă de urină. Eliminarea hormonilor sexuali se face mai mult prin parotidă.

Evoluţia rapidă a epulisului, a gingivitei hipertrofice la femeile gravide ar putea fi în relaţie cu eliminarea hormonilor sexuali prin salivă.

R. H.

D-r PURGE GHEORGHE: **Sterilizarea biologică.** — Clujul Med. No. 5/1935.

Această problemă interesează din punct de vedere biologic-social din motive de eugenie şi igienă socială; lupta contra avorturilor şi posibilitatea unei metode de sterilizare fără a recurge la metoda chirurgicală are ca scop de a fi realizată la ambele sexe.

Metodele întrebuinţate pentru sterilizarea biologică la femee: a) Imunizare prin administrare de spermă, extract de veziculă seminală. b) Hormonal prin luteină (ovar gravid, placent, corp luteu) prin luteinizarea ovarului (hormon hipofizar luteinizat. ser de gravidă, urină de gravidă, extract supra-renal. c) Hiber-hormonal cu foliculină. d) Cu insulină. e) Antagonist: implant, testicular, hormon testicular; la bărbat: antagonistic: foliculină, implant. de ovar.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ajunge la concluzia că este posibilă sterilizarea biologică a femeiei şi a bărbatului, nu există o metodă de sterilizare biologică sigură, singura sterilizare preferabilă azi este cea chirurgicală, sterilizarea biologică are consecinţe grave prin faptul că virilizează femeea şi nu garantăm reîntoarcerea la balanţa normală a sexualităţei. Sterilizarea temporală influenţează progenitura. Din punct de vedere moral nu e logic a se recomanda o leziune corporală. Natura acestei probleme creează o serie de dificultăţi sociale şi biologice grave ca şi problema avorturilor.

R. H.

D-r G. ALEXIANU BUTTU: **Constituţiunea alcalozică.** — Cluj Med. No. 8/1935. p. 412.

Descrie constituţia alcalozică, organismele cu un ph. mai alcalin decât valorile medii. formula lor biotipologică ar fi: constituţie longilinie astenică, hiperexcitabilitatea neurovegetativă, hipertiroidie, hipoparatiroidie. Indivizii aceştia au tendinţă la migrene, tetanie, stări depresive.

Alcaloza se caracterizează prin spasmofilie, astenie şi sindrom afectio. Sunt foarte emotivi. Alcaloza produce o diminuare a fixărei oxigenului activ. In alcaloză întrebuinţarea oxigenului se face într'un mod defectuos. Ca să lupte contra asfixiei organismul consumă cât mai puţin oxigen, realizând contracturile musculare. De aceia alcalozicii sunt spastici.

Ne explicăm rolul alcalozei în spasmofilie, tetanie, migrene, spasm glotic, stări degresive, neurastenie.

R. H.

Cancer.

Doc. D-r C. STANCA: **Activitatea institutului pentru studiul şi profilaxia cancerului pe anul 1934.** — Cancerul, No. 2/1935.

Institutul a intrat în al 6-lea an de existenţă, din comunicarea ce o face autorul reese activitatea acestei instituţii atât de folositoare din punct de vedere social şi individual.

Serviciul clinic are 2 secţii: una chirurgicală şi alta ginecologică. In anul 1934 au fost internaţi 595 bolnavi în spital. Diagnosticul se face cu preciziune-histopatologic, radiologic, serologic, cistoscopice şi bacteriologice.

Tratamentul a fost chirurgical, biologic, fizioterapic, simptomatic şi combinat. In secţia ginecologică au fost hospitalizaţi în anul 1934, 155 bolnave dintre care 99 au prezentat tumori maligne. La secţia dispensar s'au efectuat 841 consultaţii, dintre cari 627 canceroşi. In secţia bacteriologică se fac analize serologice şi cercetări experimentale ale problemei cancerului. O mare activitate o are laboratorul de histopatologie unde s'au făcut în 1934, 626 biopsii şi din acestea s'au găsit 272 tumori maligne. In secţia radiologică au fost trataţi 382 bolnavi, iar secţia de radium a fost pusă în funcţiune din Iunie 1935. Vom vedea ulterior binefacerile acestui element.

F. Hirsch

D-r THEODORE DUMITRESCO: **Epithélioma à caractère squirrheux de l'estomac suivi d'un cancer aigu généralisé (carcinose miliaire aiguë) simulant cliniquement une granulie.** — Soc. méd. des Hôp. de Paris, No. 25/1935.

Când tumorile maligne se generalizează clinic, diagnosticul e dificil mai ales când iau aspectul septicemic, al unei granulii sau stări tifice. Comunică un caz a unei bolnave în vârstă de 29 ani, febrilă, astenică cu dureri abdominale, toracice, artralgice, prostraţie, iritaţie meningeană. Clinic granulie. Epilemiona squiros al stomacului a fost focarul de unde a difuzat septicemia canceroasă în ficat, pancreas, meninge, plămâni, etc., cu aspect de granulaţii miliare cenuşii. Infecţia canceroasă s'a făcut pe cale sanguină; histologic unele vase au fost astupate de proliferări celuare.

R. H.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r IULIU ORIENT: **Acţiunea indolului şi a scatolului asupra enzimelor ca substanţe cancerigene.** — Cancerul No. 2/1935.

Continuă cercetările asupra acţiunei aminelor şi enzim, care au fost întrebuinţate cu folos de Prof. Polano din München.

Pentru asigurarea unei absorbţii intestinale normale la canceroşi trebue să eliminăm flora patologică (b. coli) prin dezinfectante intestinale şi prin dietă reducând hidraţii de cărbune şi potasiu. Indolul nu e toxic, dar provoacă putrefacţie în trecutul intestinal. Indolul paralizează, iar scatolul accelerează acţiunea enzimelor.

R. H.

Chirurgicale.

D-r V. CAPITOLIN: **Flebita apendiculară.** — Rom. Med. No. 19/935.

După ce dă observaţia unei bolnave cu flebită bilaterală ca complicaţie a unei apendicite neoperate, autorul studiază observaţiile publicate în această teză şi ajunge la concluzia că flebita este o complicaţiune frequentă după apendicectomie, e foarte rar bilaterală; ea poate trece neobservată şi uneori dă moarte subită cu embolie. Intervenţia de urgenţă în apendicita acută este dicată pentru a evita flebita.

R. H.

D-ri I. CLAUDIAN şi I. FLORIAN: **Asupra sindromului abdominal superior şi diafragmatic în anexitele gonococice.** — Ginecol. şi Obstetr. No. 7—8/1935.

Autorii comunică o serie de observaţii cu leziuni utero-anexiale în general gonococice şi dureri la baza toracelui, cu iradiaţii de tip frenic, prin existenţa a unui exudat pleural, prin existenţa unei reacţii cholecistice, iar origina acestui sindrom este genital.

Autorii cred că are loc un proces de peritonită prin propagare limfatică în zona sub-frenică şi pleurală. S'au şi găsit de Curtis-Chicago aderenţe prehepatice la femei ce aveau anexite gonococice. Deci sunt pericolecistite genitale. Acest sindrom abdominal superior şi diafragmatic este destul de frequent.

R. H.

Agr. C. POENARU-CAPLESCU: **Hernie şi apendicită latentă.** — Acad. de Méd. din Paris, Şed. din 30 Iulie 1935.

Autorul semnalează coexistenţa apendicitei latente cu hernia ombilicală, crurală sau inguinală; a observat această coexistenţă pe 28 din 32 bolnavi cu hernie. Bolnavii prezentau turburări digestive atribuite herniei, dar cari n'au dispărut după cura radicală a herniei ci după apendicectomie.

Observaţiile autorului nu privesc decât bolnavii la cari sacul herniar şi conţinutul său sunt indolore şi complect reductibile; durerea la epigastru, greutatea şi balonarea abdomenului după masă, ameţeală, inapetenţă, vomismentele, cefalea, constipaţia, de cari se plâng bolnavii trebue să atragă atenţia, fiindcă nu pot fi puse pe seama unei hernii indolore şi reductibile.

I. Rosenstein

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r C. I. GHIŢESCU: **La désarticulation de la hanche sous l'hemostase provisoire de l'artère iliaque primitive ou de l'hypogastrique correspondante.** — Presse méd. No. 13/1935.

Cu ajutorul hemostazei provizorie a arterei iliace primitive cu un fir de catgut No. 3, ce trece sub arteră obţine în timpul desarticulaţiei soldului o serie de avantaje; o hemostază perfectă în timpul operaţiei astfel că operatorul se poate ocupa de lambourile ca să acopere bontul; nu se alterează structura vasculară şi la o eventuală hemoragie tragem firele şi facem hemostază.

Autorul întrebuinţează cu succes acest procedeu în dezarticulaţia şoldului pentru tumori maligne.

I. R.

Dermatologie-Sifiligrafie.

D-r V. CIMOCA: **Contribuţiuni clinico-terapeutice la studiul pemfigusului.** — Rev. Stomatolog. No. 4, 1935.

Autorul insistă asupra diagnosticului precoce şi a erorilor care se comit în stabilirea diagnosticului de pemfigus, comunică două cazuri de pemfigus al mucoasei bucale, grave şi altul era de natură sifilitică. Din cercetările făcute reese că pemfigusul începe printr'o singură leziune buloasă sau mai multe localizate în cavitatea bucală; diagnosticul lui precoce şi diferenţial în perioada stomatologică are o mare importanţă. Confundarea cu sifilisul mucoaselor este o mare eroare.

Ultramicroscopul şi mijloacele serologice confirmă diagnosticul; pemfigusul este frequent la noi şi cu un pronostic grav; în cazuri benigne se obţin vindecări prin soluţii şi pomezi antiseptice uşoare.

R. Hirsch

D-ri MARIUS GEORGESCU şi C. AURIAN: **Vitiligo gravidie. Discromiile sarcinei.** — Rev. de obst. No. 2, 1935.

Dat fiind raritatea hipercromiilor patologice gravidice, autorii comunică un caz al unei primipare de 23 ani, care prezenta în afară de pete albe pe corp şi o pată mare lată de 6 cm. deasupra ombilicului ce lua forma unei centure. Cred că la baza acestor discromii găsim turburări endocrine sau neurosimpatice la care se adaogă şi autointoxicaţia gravidică.

R. H.

D-r DAN E. MOUCHA: **Tratamentul cu hormon ante-hipofizar** (prolan) **al alopeciei adultului.** — Bucureşti Med. No. 6/1935.

Administrează în alopecie prolanul cu efecte satisfăcătoare. Alopecia era în toate cazurile din cauza unei disociaţii antehipofizo-genitală, vârsta era cea adultă, s'a dat 15 zile 2 drageuri prolan pe zi şi o pauză de 5 zile, iar 15 zile prolan 3 pe zi, apoi pauză 5 zile şi 15 zile 4 pastile de prolan pe zi. Nu s'a observat ameţeli, palpitaţii. Durata tratamentului este de 8—9 luni. La sfârşitul tratamentului se observă definitiv oprirea căderei părului.

R. H.

Digestive - nutriţie.

D-ri D. SIMICI, STANISLAS LHUESMA et C. C. DIMITRIU: **Recherches graphiques concernant l'action des inhalations de nitrat d'amyle sur la motilité de l'estomac chez l'homme à l'état normal et pathologique.** — Arch. des malad. de l'app. digestif, No. 2/1935.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aplică la cercetările lor metode de inscripţie grafică viscerală a Prof. Danielopolu ca să studieze efectul nitritului de amyl asupra motilităţii gastrice în stările normale şi patologice. In doze mici în inhalaţii (5—10 gutte) produce o inhibiţie slabă şi trecătoare a contractilităţei gastrice. In doză medie sau forte o inhibiţie energică şi prelungită a contractilităţei gastrice. Inhibiţia atinge maximum când accelerarea ritmului e la apogeu. Nitritul de amil are o acţiune asupra durerilor în boalele de stomac. Se va da în inhalaţii în timpul crizelor poate să le micşoreze sau să facă să dispară, dar numai cu condiţia ca contractilitatea gastrică să fie oprită. Fenomenele acestea sunt produse prin acţiunea nitritului de amil asupra parasimpaticului stomacului şi inimei.

R. H.

D-r L. STROMINGHER: **Sur les rélations entre l'appendicite et la colibacillose.** — (Congrès des colites). Plombières-les-Bains, Sept. 1935.

Recomandă în cazurile de apendicită să se facă un examen minuţios al aparatului urinar şi examenul bacteriologic al urinei. Dacă găsim colibacilul să se examineze dacă aparatul urinar n'are leziuni. Se va trata colita căci din intestin pleacă infecţiunea. Se va opera apendicită numai în cazuri urgente.

Uneori colibaciluria se manifestă cu hematurie.

D-r DUMITRESCU MANTE: **Les crises spastiques vagotoniques du colon avec insuffisance hepatique.** — Congrès des colites Plombières-les-Bains, Sept., 1935.

Arată frequenţa colitelor spastice subite, dureroasă, după o masă copioasă ce apare sub forma de colici la indivizi vagotonici cu insuficienţă hepatică, se aseamănă cu crizele anafilactice.

Se va trata colita, insuficienţa hepatică şi chocul proteinic, iar sistemul neuro-vegetativ cu phisto-therapie, autorul recomandă Plombière.

D-r EMIL PROCREAN: **Provocarea bilei negre prin untdelemn.** — Vestul Medical, No. 6/1935.

Injectează dimineaţa pe nemâncate 20—25 cm.^{3} untdelemn cald în duoden şi la 40—60 minute apare bila neagră. Aceasta ar constitui un fenomen fiziologic şi un bun drenaj al căilor biliare. Când apare după sulfat de magneziu înseamnă colecistatonie. Pentru drenajul medical al căilor biliare oleul e de preferat. In litiaza biliară şi staze hepato-veziculare, cura de oleu poate fi încercată când vezicula nu şi-a perdut facultatea contractilă.

R. H.

D-ri MARCEL LABBÉ, RAUL BOULIN et M. PETRESCO: **Le diabète bronzé (circhose pigmentaire du foie et diabète).** — Ann. de méd. t. 37, No. 1/1935.

Studiază şi pun la punct cu o importantă contribuţie personală bazată pe num. obs. personale din cari şapte cu amănunte anatomice, ciroza pigmentară hipertrofică cu melanodermie şi diabet. Etiologia nu este încă cunoscută, cert este că afecţiunea are legătură cu diabetul.

Ei discută teoriile patogenice şi cred că există o turburare a eliminărei ferului alimentar sau a ferului de origină hemoglobinică la nivelul ficatului. Afecţiunea e gravă şi diabetul ce o complică reacţionează puţin la insulină.

R. H.

Digitized by Central University Library Cluj

Hematologie.

Profesori C. BACALOGLU, N. GH. LUPU et D-r GH. MANGU: **Forme abdominale avec fièvre ondulante de la maladie de Paltauf-Sternberg.** Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Bucarest No. 5/1935.

Comunică cazul unui bolnav de limphogranulomatoză cu febră ondulantă iar predominenţa leziunilor în cavitatea abdominală (ganglioni mezenterici, ficat, rinichi), au caracterizat evoluţia sa.

Diagnosticul în cazul de faţă a fost foarte dificil, un bolnav în vârstă de 32 ani, intră în Spital cu febră ondulantă, astenie, anemie, în antecedente personale infiltraţia bacilară cu bacili Koch în spută. In ultimele zile ale boalei are un sindrom hemoragic, purpura, hematurie şi melena.

La necropsie macroscopic şi microscopic la limita procesului tuberculos găsesc celulele lui Sternberg, celule reticulare cu aspect epithelioide, maximum de transformare a ţesutului reticulo-endotelial în ţesut pseudo-tumoral se găseşte în ficat, rinichi şi ganglioni mezenterici.

Febra ondulantă se găseşte în limfogranulomatoză mai ales în acea abdominală, dar e simptomatică în melitococie. In tuberculoza datorită ultravirusului găsim febra ondulantă. Autorii cred că febra ondulantă este un puseu acut în cursul unei infecţiuni cronice, fie că coincide cu o septicemie, fie cu un choc datorit resorbţiei toxinelor cu o bacteriolisă ritmată. Therapeutica este desemnată în această boală.

R. Hirsch

Prof. D-r ZAHARESCU-KARAMAN, D-ri C. ANGHELIDE şi A. URSU: **Controlul hematologic la gravide.** — Rev. de obst. No. 3/1935.

Examinează numărul globulelor roşii şi albe, hemoglobina, modificările morfologice ale hematiilor şi formula hemo-leucocitară la 100 gravide normale. Găsesc în sarcina normală o micşorare a numărului hematiilor, diminuare care în 69% este sub 3.500.000 pe mm. c. şi poate ajunge până la 2.500.000 fără ca elemente de regenerare să apară, hemoglobina nu scădea în aceiaşi proporţie. Valoarea globulară în 68% cazuri este deasupra unităţei, deci în sarcina normală există o anemie hipercromă. Există un grad de anemie în sarcina şi controlul hematologic ne indică când trebue să intervenim cu o terapeutică specifică.

R. H.

D-ri R. BRAUNER et EUGENIE SORU: **Rôle des globules rouges dans l'immunité et dans le mécanisme de défense de l'organisme.** — Bull. et mém. Soc. méd. des hôpit. Buc. No. 4/1935.

Fac cercetări şi urmăresc ce fel se comportă globulele roşii faţă de microbi, de diferite seruri normale şi imune. Globulele roşii normale fixează unul sau mai mulţi bacili, dar găsim şi bacili liberi între globule.

Globulele roşii a unui animal imunizat au o mare proprietate de absorbţie a microbilor ce au dat imunizarea. In torentul circulator microorganismele sunt adsorbite de globulele roşii; probabil că anemia septicemiilor se datoreşte în parte şi dispariţiei globulelor roşii din torentul circulator, cari după ce au adsobit microbii sunt distruse în ţesutul reticulo-endotelial.

Diagnosticul febrei tiphoide se poate face şi cu ajutorul fenomenului de adsorbţie a hematiilor. Se spală globulele roşii până ce liquidul de spălare nu mai are putere aglutinantă, apoi se amestecă o picătură de globule roşii cu o picătură emulsie de bacili tiphic; majoritatea bacililor sunt fixaţi de globulele roşii. In cazurile în care Widal e negativ, această reacţie poate fi utilă. Aşa dar globulul roşu are un rol mare în imunitate.

R. Hirsch

D-r DANIEL ILIE: **Consideraţiuni asupra reacţiunii lui Kürten în endocardita lentă.** — Cluj Med. No. 4/1935.

Proba lui Kürten constă în gelatinificarea serului sanguin prin formol într'o eprubetă se pune 1 cm. c. ser sanguin şi 2 picături de formol din comerţ care a fost neutralizat cu carbonat de sodiu 20% prin indicatorul fenolftaleină. Gelatinificarea serului poate apare îndată sau după câteva ore. Reacţia lui Kürten nu e specifică o găsim şi în sifilis şi în tuberculoză totuşi e caracteristică în endocardita lentă faţă de celelalte endocardite.

R. H.

D-r TRAIAN BONA: **Priapismul, simptom al leucemiei.** — Cernăuţi Medical No. 4/1935.

Comunică observaţia unui bolnav de priapism provocat de leucemie; autorul nu a întâlnit în literatura medicală română vre-un caz similar de priapism leucemic, în literatura universală se găsea 50 cazuri de priapism provocat de leucemie. Radioterapia aplicată pe splină, regiunea perineală, diafizele osoase ar da rezultate bune.

Igienă socială.

Agregat D-r DEM. PAULIAN: **Organizarea asistenţei psihiatrice la domiciliu.** — Cronica neuro-psih. No. 7/1935.

Trebue să se ţie seama de mediul familial în plasarea celor atinşi de afecţiuni psihiatrice şi a revenirii lor în acelaşi mediu.

Kolozsvár Central University Library Cluj

Se va face un tratament precoce şi preventiv al psihozelor. Revenirea în familie a celui vindecat trebue susţinute în vorbe şi fapte. In medicina preventivă se prevăd anchetatoarele şi viziteuzele la domiciliu ce complectează fişa psihiatrică.

R. H.

Agregat D-r DEM. PAULIAN: **Intensificarea ospitalizărei bolnavilor curabili.** — Cronica neuro-psih. No. 9/1935.

Recomandă a se izola din vreme bolnavii de psihoze acute post-infecţioase sau toxice, astfel asemenea bolnavi se pot vindeca.

Se poate face în institutele de boli mintale o educaţie specială a bolnavilor în timpul convalescenţei, mai ales a toxicomanilor.

Ospitalizând bolnavii de psihoze acute realizăm servicii mari familiei şi societăţei şi evităm trecerea bolilor către cronicitate.

R. H.

D-r G. BANU: **Asigurarea obligatorie împotriva tuberculozei.** — Rev. de Ig. Soc. No. 4, 1935.

Lupta contra tuberculozei se găseşte într'un stadiu incipient, tuberculoza în România creşte, chiar şi Liga naţională contra tuberculozei va fi limitată căci ambianţa economico-socială rămâne nemodificată.

Numai asigurarea obligatorie contra tuberculozei va realiza o activitate higienico-socială mai vastă (ospitalizare, serviciul social la domiciliu şi ajutarea familiilor tuberculoşilor, preventiune, grădini muncitoreşti, etc.). Totalul cheltuelilor anuale nu ar fi mai mare ca 550.000.000 lei, pe cât timp cotizaţiile şi subvenţiile ajung suma de 600.000.000 lei.

Deci numai asigurarea obligatorie e în măsură a lupta eficace contra tuberculozei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

R. H.

D-r PETRE RĂMNEANŢU: **Studiu asupra depopulării Banatului. Cauzele depopulării.** (Rezultatele anchetei demografice din comuna Vărădia, **judeţul Caraş).** — Buletin eugenic şi biopolitic No. 7—8—9/1935.

Depopularea s'a produs dela 1871 prin deficit natural natalităţii scăzute în mare parte şi numai un sfert este datorit mortalităţei generale urcate. a) Natalitatea redusă a avut loc în clasa populaţiei cu nivel cultural şi social superior. b) Fecunditatea femeilor a fost 7 sarcini în medie. c) Numărul copiilor născuţi vii de o femee în medie 2. d) Avorturile provocate reduc fertilitatea, 59% de femei anchetate îşi provoacă avorturi. e) Reduceri voite ale fertilităţei sunt avorturile provocate şi mijloacele anticoncepţionale.

II) a) Mortalitatea e ridicată din cauza populaţiei ce a trecut de 60 ani şi a mortalităţei excesive infantile. b) Mortalitatea infantilă se datoreşte lipsei de educaţie a mamelor şi copiilor nelegitimi. c) Cauzele de deces tuberculoza la adolescenţi şi bolile primei copilării.

III) Emigraţiunile sunt formate de băeţi ce au învăţat meserii sau profesiuni intelectuale.

IV) a) Sănătatea fizică a bărbaţilor adolescenţi şi adulţi e normală. b) Femeile suferă deseori de afecţiuni cronice ale organelor genitale. c) Cea mai răspândită boală cronică în populaţiunea generală este tuberculoza sub toate formele.

R. H.

D-ri TIBERIU ANASTASIU şi CONSTANTIN T. VASILIU: **Intoxicaţiuni profesionale cu benzol.** — Rev. de Igienă Socială No. 7—8/1935.

Comunică un caz de intoxicaţie cu benzol în care găsesc anemie intensă, leucopenie şi un sindrom hemoragic. Bolnavul moare a 17-a zi de spitalizare.

Autorii insistă asupra numărătoarei globulelor albe şi roşii la lucrătorii expuşi intoxicaţiei benzolice, apoi cu atelierele de lucru în industria benzolului să fie mari şi înzestrate cu ventilatoare. Indată ce s'ar manifesta turburări toxice să se părăsească mediul benzolei de lucrător.

R. H.

D-r B. ŞAPIRA: **Sistematizări şi concepţii recente în câteva probleme de igienă socială.** — Rev. de Ig. Socială No. 6/1935.

Autorul rezumă câteva păreri recente de higienă socială a unor autori competenţi. Hazemann într'un studiu asupra orientării contimporane a luptei antituberculoase se ocupă de serviciul social: de igienă şi asistenţă. Igiena are 2 subdiviziuni: medicina şi geniul sanitar. Asistenţa e materială şi educativă; medicina e curativă şi preventivă. Trebue să existe o colaborare între practician şi dispensariile antituberculoase, se va face depistarea tuberculozei, profilaxia directă, se vor efteni chiriile, se vor face sanatorii şi o cură post-sanatorială.

Caussade insistă să se facă dispensarii de sugari în care se va controla desvoltarea copilului, se vor educa mamele în sensul alăptărei, se vor depista bolile şi se vor face dosare sanitare a copilului.

R. H.

Infecţioase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. D-r A. SLATINEANU, D-ri I. ALEXA şi I. RUGINA: **Rugeola în mediul rural al României.** (Consideraţiuni sociale, epidemiologice, clinice şi profilactice). — Revista de Igienă Socială No. 5, 1935.

In România rugeola ia primul loc în boalele infecţioase atât prin morbiditate cât şi prin mortalitatea ce o dă. In 1934 au fost 120.000 cazuri de rugeolă în România. In circomscripţia Tomeşti, judeţul Iaşi, morbiditatea rugeolat reprezintă 3% din morbiditatea totală a boalelor infecţioase.

Intr'un sat (Osoi cu 1900 locuitori), a acestei circomscripţii (rurale) au studiat autorii o epidemie de rugeolă (Oct. 1933—Februarie 1934): 127 cazuri (din cari 116 = 91% în vârstă mai mică de 10 ani); indicile de contagiozitate = 63% a celor ce n'au avut rugeola în antecedentele lor; sursa de infecţie constantă (au stabilit-o prin cercetări minuţioase făcute în fiecare casă) = şcolarii; factori favorizanţi = suprapopulaţia (5 persoane într'o odae); aproape 50% s'au complicat cu grave afecţiuni broncho-pulmonare.

Autorii fac detaliat metodele profilactice ce le avem azi: izolarea (în principiu zadarnică) este folositoare în mediul rural spre a evita complicaţiile datorite condiţiilor nehigienice ale locuinţelor dela sate; crearea de infermerii rurale în locul spitalelor mixte, crearea de infermerii mobile, în fine, metode de profilaxie activă şi pasivă.

R. H.

Prof. I. BALTEANU şi D-r E. BUTTESCU: **Serul de convalescent în profilaxia rugeolei.** — Rev. Ştiinţ. Med. No. 10/1935.

Aplică sero-profilaxia în cursul unor epidemii de rugeolă ce a isbucnit la Institutul antirabic din Iaşi şi sting în scurt timp epidemiile de rugeolă.

Din observaţiile făcute reese că inoculările cu ser constitue cea mai bună metodă de profilaxie în rugeolă; acţiunea preventivă a serului este cu atât mai mare cu cât este inoculat mai aproape de data infecţiunei: de se administrează în primele 4 zile dela contagiune previne sigur boala timp de 25—30 zile când trebue iarăşi repetat. Administrat 4—5 zile dela contagiune, serul de convalescent numai previne boala dar rugeola ia aspectul extrem de benign.

In ajunul erupţiei inocularea nu modifică aspectul clinic. Cantitatea de ser să nu fie mai mică ca 3—4 cm. c.

Se va recolta serul a 7—10 zi de apirexie, adică a 12—15 zi dela apariţia erupţiei rugeolice.

R. Hirsch

D-ri MIRONESCO et P. TRIFU: **La fièvre typhoide chez l'homme splenectomisé.** — Soc. méd. des hôpit. de Paris, No. 24/1935.

Comunică observaţia unui bolnav splenectomizat care face o febră tiphoidă care a evoluat normal, cu sero-aglutinare tg. 1 : 200 a 3 săptămâni de boală, numărul limfocitelor a fost mare tot timpul boalei faţă de polynucleare reduse. Deci splenectomia nu mieşorează rezistenţa organismului, nici fenomenele de imunitate în febra-tiphoidă.

R. H.

D-ri C. LEVADITI, R. MARTIN, A. BONNEFOI şi M-lle SCHOEN: **Etiologia oreilonului.** — Acad. des Sciences, Paris, 8 Juillet, 1935.

Este ştiut că saliva urliană conţine un element patogen filtrabil şi rezistent la glicerină, capabil să determine o parotidită interstiţială la maimuţe simiene.

Totuşi alteraţiunile pe cari le provoacă, localizate exclusiv la glanda inoculată, nu oferă nimic specific. Din acest punct de vedere, salivele urliene, sau salivele normale, cu alte virusuri, principii inerte, determină leziuni cari nu diferă de cele urliene decât prin intensitate şi deloc prin particularităţi riguros specifice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. R.

D-r PETRE CONDREA: **Tratamentul preventiv al tetanosului.** — Revista Ştiinţ. Med. No. 10/1935.

Autorul după ce expune cunoştiinţele actuale asupra tetanusului rezumă metodele de utilizare ale anatoxinei tetanice în profilaxia tetanusului. In cazuri de răniri importante şi suspecte de infecţie tetanică după o curăţire a plăgei, dezinfecţie cu oxidante se va face odată cu injecţia de ser antitetanic şi 1 cm. c. anatoxină tetanică în altă regiune a corpului. Se va mai repeta la 10 zile injecţia cu ser antitetanic şi de 3 ori la interval de 10 zile câte 2 cc. de anatoxină tetanică. La cai se va aplica acelaş tratament.

Spre a obţine la oameni o imunizare lentă după o primă injecţie de 1 cc. de anatoxină tetanică se face după 30 zile a doua injecţie cu 2 cc. de anatoxină, iar după 8 zile a 3-a injecţie cu 2 cc. de anatoxină; la 2 ani se va face iarăşi 2 cc. de anatoxină ce conferă o imunitate definitivă. Această vaccinare se poate face concomitent cu T. H. B. şi cu anatoxina difterică, se simplifică imunizarea polivalentă.

Autorul recomandă această vaccinare obligatorie în armată, mai ales trupelor care utilizează caii.

In acelaş timp să se aplice şi agricultorilor, îngrijitorilor de cai, lucrătorilor de pielărie ca să fie la adăpostul intoxicaţiei tetanice.

R. Hirsch

Docent D-r A. IANCU: **Două mici epidemii de zona şi de varicelă evoluând paralel.** — Cernăuţi Medical No. 10/1935.

După un istoric al relaţiilor dintre varicelă şi zona Zoster comunică o evoluţie paralelă a două mici epidemii de zona şi varicelă în mediul familiar. Cele publicate de autor prezintă interes din mai multe puncte de vedere: a) Surioara care în urmă cu 4 ani a făcut o varicelă, acuma a prezentat o zonă Zoster; b) Frăţiorul care acum 4 ani a rămas indemn de varicelă o face la 3 săptămâni dela debutul zonei la fetiţă; c) Se înregistrează existenţa concomitentă a 3 cazuri de zona Zoster (1 caz la o fetiţă de 8 ani şi 2 la 2 adulte în 2 familii care păstrează legături intime cu cazurile de varicelă; d) Se constată 3 cazuri de varicelă în limitele incubaţiei, unul la frăţiorul fetiţei cu zona şi 2 la cei 2 copii ai familiei T., demonstrând astfel evoluţia paralelă a două mici epidemii de zona Zoster (3 cazuri) şi de varicelă (alte 3 cazuri).

I. Rosenstein.

D-r STATE DRĂGĂNESCU: **Turburări nervoase în colibaciloză.** — Rev. Ştiinţ. Med. No. 9/1935.

După un istoric al infecţiilor colibacilare şi a variatelor turburăi nervoase cauzate de acest germene patogen, care prin cercetările biologice ale lui Vincent, deschid o cale nouă în domeniul atât de obscur al etiologiei afecţiunilor nervoase ce aparţin psihiatriei, autorul semnalează o serie de observaţiuni clinice relatate de autori români.

In 1931, autorul împreună cu E. Façon, Iordănescu şi N. Vasilescu, comunică un caz de poliradiculo-nevrită secundară unui abces perianal datorit colibacilului şi stafilococului vindecat cu un vaccin preparat cu aceşti germeni. Autorii străini semnalează meningite colibacilare, la femei migrene, celulite cervicale, lumbago. La noi Stromingher două cazuri de nevrite cervico-trahiale ce s'a vindecat cu vaccinul colibacilar; Profesorul Lupu şi Drăgănescu comunică un caz cu manifestaţiuni algice paroxistice ale membrelor inferioare şi superioare, fenomene sciatice la o bolnavă care cu câteva luni în urmă a avut o pielonefrită colibacilară. La colibacilari se observă adevărate nevroze vegetative, după Claude apar chiar psihoze tipice, stări confuzionale şi onirice ca în toxi-infecţiile grave ca cea puerperală. Se semnalează forme cronice de confuzie mintală. Proba terapeutică a confirmat pe lângă cele biologice etiologia colibacilară a acestor psihoze.

Dem. Paulian, Demetrescu şi Fortunescu comunică un caz de psihoză acută colibacilară vindecată prin seroterapie. In prezenţa unei colibaciloze latente, în unele psiho-nevroze se va recurge la un tratament biologic adequat prin ser anticolibacilar, vaccin. Vincent recomandă 5—8 zile injecţii de ser dezalbuminat în doze de 20—40 cm. c. In enteropatii cu fenomene nervoase se poate da serul per os 15—20 zile. Se va face şi un tratament local şi general.

R. H.

D-ri A. STROE et D. HORTOPAN: **L'angine nécrotique primitive.** — Presse méd. No. 10/1935.

Au studiat angina necrotică primitivă la 18 bolnavi şi nu găsesc nici un semn al scarlatinei. Boala e infecţioasă şi contagioasă, se observă în toate vârstele. Se aseamănă cu angina necrotică a lui Henoch care apare ca o com-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

plicaţie a scarlatinei, mai rar a difteriei. Poate da uneori mici epidemii. Autorii găsesc în culturi germeni anaerobii, bacilul perfringens şi mai rar oedematiens. Identificarea altor germeni anaerobi era greu de făcut, de oarece stau în simbioză.

Ca tratament injecţia de ser anti-gangrenos polyvalent este singurul tratament eficace în această afecţiune.

I. Rosenstein.

D-r Lt.-Colonel C. POPESCU: **Febra ondulantă** (Bruceloza). — Rev. Ştiinţ. Med. No. 7, 1935.

După un istoric al cercetărilor bacteriologice făcute în bruceloză, autorul arată că studiul brucelozei în România a fost făcut pe o scară puţin întinsă.

Din cercetările făcute reese că această infecţiune este foarte răspândită la bovidee şi porcine. Agentul patogen este un diplococ — brucella melitensis şi brucella abortus ce este unul şi acelaşi germene.

Epidemiile de febră ondulantă sunt în legătură cu epizotiile observate la animale, iar cazurile observate se găsesc în apropierea turmelor infectate, mortalitatea este 2%. Cu ajutorul metodelor serologice mai ales al aglutinărei putem pune diagnosticul brucelozei şi putem diferenţia diferitele tipuri. Contagiunea e directă şi indirectă; căile de pătrundere ale germenului în organism pot fi digestivă, mucoasă şi cutanată. Clinic: debutul e insiduos, febră între 39—40° timp de 15 zile, sudori, anemie, artralgii, constipaţii, splenomegalie, hepatomegalie, orchite, ovarite. Sunt forme benigne de febră ondulantă, forme rezistente ce tind la cronicitate, forme în care numai biologic putem decela infecţiunea şi altele la care numai constatarea germenilor în urină confirmă diagnosticul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sero-reacţia de aglutinare a lui Wright este indicată în diagnosticul brucelozei. Profilaxia în aplicarea măsurilor de higienă generală şi animală. Ca tratament: tratament general, medicaţia leucogenă, prokinoterapia, vaccinoterapia şi seroterapia.

Dr. R. Hirsch

D-r C. BARTH: **Contribuţie la infecţia cu bacilul coli la om.** — Rev. Ştiinţ. Med. No. 9/1935.

Comunică observaţia unei bolnave cu o infecţie colibacilară care a durat mai mult ca 3 luni, iar complicaţiile ce au survenit cât şi starea humorală din septicemia colibacilară de alcaloză şi hipocalcemie ar explica infecţiile colibacilare. E vorba de o multipară cu enteroptoză, cu ptoză renală, pielită care face o nefrită, uremie, alcaloză şi hipocalcemie, fenomene ce cedează cu regimul ce i se dă. In a doua fază pielonefrită colibacilară, septicemie colibacilară şi baciluria colibacilară. In a 3-a fază găsesc numai o piurie aseptică.

Autorul îşi pune întrebarea la ce ţine variabilitatea patogenă a colibacilului şi în ce împrejurări colibacilul trece în circulaţie; el crede că pentru a avea o infecţie cu coli e nevoie de o anumită stare humorală, alcaloză şi hipocalcemie. Aceştea ar trebui controlate mai ales că infecţiile cu colibacili sunt frequente la copii, sugaci şi femei, la cari se găseşte o alcaloză şi hipocalcemie.

D-r EUGEN DORCA: **Surprize la intubaţia în krupul diphteric.** — Vestul Medical No. 7/1935.

In secţia contagioasă a Spitalului din Arad se face des intubaţia în crup difteric şi foarte rar tracheotomia. Dintre surprizele neplăcute ale intubaţiei, este că micul pacient poate roade firul adaptat tubului, de aceia se va înoda bine firul pe orificiul tubului. Astfel din firul ros tot, mai rămâne o porţiune ce e fixată de tub. Scoaterea tubului fără ajutorul firului de mătase o o operaţie foarte grea. Autorul întrebuinţează firul de mătase dublu sau în trei fire.

Mai ţine seama de manifestările nervoase la copii sub 2—3 ani, pentru care face o injecţie intravenoasă cu calciu clorat 10% odată cu serul antidiphteric, înainte de intubaţie. De nu reuşeşte a calma bolnavul se face o injecţie intra-musculară de calciu.

R. Hirsch

D-r M. SCHACHTER: **Contribution à l'étude des complications nerveuses pendant l'évolution de la coqueluche.** — Marseille méd., 1935.

Atrage atenţia asupra frequenţei complicaţiilor nervoase în tusa convulsivă şi comunică observaţia unui copil în vârstă de 8 ani şi jumătate, care prezintă convulsiuni epileptiforme, febră, herniplegie stângă totală, paralizie facială, meningism, broncho-pneumonie şi guinte de tuse. Copilul se vindecă; pronosticul e totuşi rezervat. Dat fiind că în familia acestui copil mulţi sunt la un nivel intelectual scăzut. Autorul crede că o valoare mică a sistemului nervos central contribue la manifestarea leziunilor nervoase în boale infecţioase la aceşti copii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

R. H.

Medicină militară.

Contribuţia Românească la al VIII-lea Congres internaţional de medicină şi farmacie militară.

(Bruxelles 27 Iunie—3 Iulie

La ordinea de zi a Congresului au fost puse 6 chestiuni. Au participat la Congres reprezentanţii a 36 naţiuni. La fiecare raport a fost un coraportor medic-militar român.

Redăm subiectul rapoartelor şi concluziile adoptate de Congres la fiecare chestiune.

Col. D-r MARINESCU şi Col. D-r BASSI (Italia): **Principii de organizare şi de funcţionare a serviciului sanitar în războiul de munte.**

Conclusii: Serviciul sanitar al trupelor de munte să fie dotat cu organizaţii suple, uşoare, mobile, capabile să urmărească trupele în toate evoluţiile şi să se adapteze la toate situaţiile războiului.

Problema capitală a transporturilor în munte trebue să continue a face obiectul studiilor atente a tuturor serviciilor sanitare militare interesate, în scopul de a căuta procedeele de transport, cele mai repezi, mai confortabile şi mai eficace.

In mod paralel chestiunea tratamentului şi a ospitalizării trebue să fie obiectul aceloraş sforţări.

Medic Gen. ILIESCU şi Medic Col. ŞTEFANESCU (Coraportori): **Determinarea aptitudinei pentru diferitele specialităţi ale armatelor de uscat, marină sau aviaţie.**

Concluzii: Congresul socoteşte indispensabil un examen particular al candidaţilor la diferitele specialităţi militare, cari tind să devină din ce în ce mai variate şi numeroase. Examenul trebue să cerceteze condiţiunile fizice şi fiziologice, biologice şi psihologice, pentru determinarea cărora să se folosească probe şi teste variate, alese şi interpretate cu discernământ.

Din acest punct de vedere, metodele noui de studii constituţionale ale omului sănătos — biotipologia reprezentând azi modul cel mai complect — prezintă un deosebit interes pentru armată.

Până când aceste metode vor da plinătatea valorii lor, datele ce le furnizează să fie considerate ca elemente de informaţie; clinica şi experienţa să rămână baza hotărîrilor de luat mai ales în cazurile litigioase şi grele.

Medici Maiori GILORTEANU şi COSTESCU (Coraportori): **Studiul sequelelor rănilor abdomenului.**

Concluzii: Un rănit abdominal trebue considerat totdeauna susceptibil de a putea face o complicaţie imediată sau tardivă, oricare ar fi starea în care se găseşte în momentul examenului medical.

Complicaţiile cele mai frequente sunt aderenţele cu sequelele lor.

Terapeutica sequelelor plăgilor abdomenului trebue să fie mai ales preventivă.

In acest scop trebue luptat contra infecţiei şi trebue ţintită intervenţia precoce. Aceste condiţii implică o organizare tactică sanitară perfectă, care trebue căutată sistematic în toate circumstanţele în cari situaţia militară o permite.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ospitalizarea post-operatorie este o condiţie sine qua non a tratamentului din cauza influenţei sale decisive asupra rezultatului final.

Farm. Col. IONESCU, CERBULESCU şi BIBESCU (Coraportori): **Cercetări în scopul unificării metodelor de analiză a alimentelor şi beuturilor destinate alimentării soldatului.**

Col. D-r DIMITRESCU (Coraportor): **Ingrijiri buco-dentare.**

Dat fiind importanţa odonto-stomatologiei, este de dorit a se organiza în toate armatele servicii odonto-stomalogice, încredinţate specialiştilor, cari să practice examenul buco-dentar al militarilor, atât la încorporare cât şi în timpul serviciului.

Aceşti specialişti trebue să primească o instrucţie specială. In armatele în campanie, îngrijirile buco-dentare să fie asigurate de specialişti calificaţi.

Protezele să fie realizate de preferinţă în zona armatelor.

Răniţii maxilar faciali să fie încredinţaţi specialiştilor la toate etapele serviciului sanitar.

Medic General NEGOESCU şi Medic Col. BALANESCU (Coraportori): **Studiu comparativ al atribuţiilor serviciilor administrative sanitare în diferitele armate de uscat, marină şi aviaţie.**

Studiile comparative ale serv. sanitar în diferitele ţări dovedesc o tendinţă la autonomia technică şi administrativă într'un cadru de personal specializat şi distinct. Se mai cere o direcţie unică de ordin medical, atât

ROMÂNIA Biblioteca Universităţii din Cluj

administrativă cât şi tecnică; specialişti calificaţi şi recrutarea să se facă în aceleaşi condiţiuni ca pentru celelalte corpuri de ofiţeri.

La şedinţa de închidere, d-l Ghika, Ministru României la Bruxelles a înştiinţat că al IX-lea Congres Internaţional de Medicină şi Farmacie Militară, va avea loc la Bucureşti, în luna Mai 1937.

I. Rosenstein

Neurologie - Endocrinologie.

D-ri C. I. URECHIA, L. DRAGOMIR et M-me RETEZEANU: **Maladie d'Addison avec tension arterielle normale et retention de potasium.** — Soc. méd. des hôpit. de Paris, No. 7/1935.

Intr'un caz tipic de boala lui Addison găsesc tensiunea arterială normală şi o mărire a potasiului din sânge. Acţiunea electivă a potasiului asupra muşchilor explică astenia care rezultă din retenţia acestei substanţe.

Porax presupune că leziunea cauzală înainte de a distruge plexul solar, irită firişoarele simpatice ale supra-renalei şi ale ganglionului semilunar şi de aci hipertensiunea. In acest caz tensiunea arterială normală s'ar explica cu hipoteza lui Porax; bolnavul a suferit o pleurezie probabil de natura tuberculoasă ce s'a propagat la capsulele supra-renale şi simpatic iritându-le înainte de a le distruge.

R. H.

D-r C. I. URECHIA et L. DRAGOMIR: **Syndrome bulbaire chez un syphilitique avec insuffisance aortique.** — Soc. Hôp. de Paris, No. 19/1935.

Un bolnav de 39 ani, cu sero-reacţia Wassermann din sânge pozitivă, prezintă o insuficienţă aortică, iar după un efort violent un sindrom bulbar datorit probabil unei embolii bulbare, hemianestezie totală stângă (tactilă, termică şi dureroasă) în partea dreaptă o paralizie a trigemenului, a coardei vocale, a vălului palatin. După tratamentul antisifilitic găsesc o ameliorare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-ri MARINESCO et GRIGORESCO: **Guérison d'un cas de paraplégie flasque post-vaccinothérapique chez un malade ateint de maladie de Nicolas-Favre.** — Soc. de neurologie, Paris, Mai, 1935.

Comunică un caz de paraplegie flască complectă cu abolirea reflexelor, turburări ale sensibilităţei şi sfincteriene ce a apărut la un bolnav de maladia lui Nicolas-Favre după tratamentul cu vaccin. Paraplegia s'a vindecat în urma injecţiilor cu urotropină şi salicilat de sodiu. Autorii cred că a avut loc o manifestare radiculo-medulară a boalei lui Nicolas-Favre, care nu e numai o boală locală.

Prof. G. MARINESCO şi A. KREINDLER: **Sinusul carotidian şi excitabilitatea centrilor nervoşi.** — Acad. de Méd. din Paris, şed. 19 Iulie 1935.

Continuând cercetările asupra patogeniei crizei convulsive epileptice, autorii arată că scăderea sensibilităţii sinusului provocată de substanţe farmacodinamice, se însoţeşte de o scădere a excitabilităţii neuronilor vestibulari bulbari, în timp ce diminuarea sensibilităţii sinusurilor măreşte excitabilitatea centrilor corticali; este posibil ca sinusul să influenţeze în mod diferit excitabilitatea neuronilor cari au o valoare funcţională diferită.

I. R.

D-r C. I. PARHON: **Relations des glandes endocrines avec les phénomènes d'hydratation du sang, des organes et des tissus.** — L'Endocrinologie aux Journées méd. bélges, Sept., 1935.

Comunică cercetările sale asupra deshidratărei ţesuturilor şi a organelor pe măsură ce vârsta înaintează. La bătrâneţe turburările endocriniene cu acţiune deshidratantă predomină. Tratamentul cu lipoizi măresc hidratarea organelor din care s'au scos aceşti lipoizi. Astfel lipoizii cerebrali măresc hidratarea sângelui muschilor, a pancreasului, ficatului, rinichiului şi creerului şi micşorează hidratarea thymusului, hipofizei şi a glandelor genitale. In general arată că există o corelaţiune interorganică.

D-r C. I. URECHIA: **Ataxie aigue tabetique.** — Bull. et mém. Soc. des Hôpit. Paris No. 4/1935.

Un caz rar de ataxie acută: un bolnav de 28 ani, în antecedente nu se găseşte vre-o infecţiune sau intoxicaţie, reacţia Wassermann negativă în sânge. Brusc capătă o parestezie generalizată la membrele superioare şi inferioare, trunchi, limbă şi obraz, ataxie ce s'a ameliorat spontan şi foarte mult, apoi cu tratamentul antisifilitic.

Reacţia Wassermann şi benzoico-coloidală pozitivă în lichidul cefalorachidian.

Puncţia lombară a lămurit diagnosticul.

R. H.

D-ri C. I. URECHIA et L. DRAGOMIR: **Névralgie du petit sciatique et du sciatique après une injection de quinine.** — Soc. méd. des Hôp. de Paris. No. 19/1935.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In urma unei injecţii de chinină ce nu s'a făcut la locul de elecţie, o bolnavă acuză dureri pe traectul sciaticului şi anesteziei pe traectul micului sciatic şi la nivelul regiunei plantare a piciorului.

Probabil nevralgia ramurei calcaneene se explică prin anastomoza micului sciatic cu sciaticul popliteu intern, prin intermediul safenei externe.

D-ri C. I. URECHIA et L. DRAGOMIR: **Retraction de l'aponévrose palmaire, maladie de Dupuytren, avec dissociation syringomyélique de la sensibilité.** — Paris Méd. No. 40/1935.

Comunică 2 cazuri de maladia lui Dupuytren care au prezentat simptome medulare. Primul caz avea turburări ale sensibilităţei cu caracter siringomyelie şi cu distribuţie radiculară pe trajectul celei de a 8 cervicală şi prima dorsală, unde găsesc la autopsie leziuni siringomielinice ale măduvei cervicale. Al doilea caz cu ciphoză cervico-dorsală cu turburări ale sensibilităţei ca în primul caz şi turburări simpatice. Autorii dozează la acesta calciu sanguin şi îl găsesc normal, fosforul era micşorat. Recomandă a se face un dozaj pe un număr mai mare de cazuri ca să ne dăm seama de este sau nu o insuficienţă a paratircidelor în această boală.

R. H.

D-r C. I. URECHIA: **Abcès de la moelle épinière et de la région paravertébrale correspondante.** — Soc. méd. de Paris, No. 16/1935.

Observaţia e interesantă prin mecanismul producerei abcesului medular. Un bolnav în urma unui erisipel al feţei şi furuncul septic face o metastază abdominală în loja muschiului psoas-iliac, un abces incipient cu puroi în canalul medular, şi sucombă. Dat fiind raritatea acestor cazuri, autorul crede necesar a se insista asupra acestei evoluţiuni.

D-ri C. I. URECHIA et L. DRAGOMIR: **Spondylite cervicale infectieuse après un furoncle de la face et un érysipèle de la jambe.** — Soc. méd. des Hôp. de Paris, No. 25/1935.

Raritatea mare a spondilitelor infecţioase şi etiologia cazului este interesantă. Un mecanic de 42 ani, care n'a suferit de rheumatism, sifilis, tuberculoză sau altă infecţiune în urma unui furuncul al feţei şi erisipel al gambei capătă o spondilită cevicală confimatrră radiografic. Probabil se datoreşte infecţiunei ce a determinat erisipelul. In urma injecţiilor cu salicilat de sodiu, naiodin şi diatermie bolnavul se ameliorează.

R. H.

D-ri C. I. URECHIA et M-me RETEZEANU-CLUJ: **Spasme de torsion avec troubles de la déglutition et bouche béante.** — Soc. des Hôpit. de Paris, No. 4/1935.

Comunică un caz de spasm de torsiune la un copil de zece ani, ce a început la opt ani. Găsesc în antecedente traumatismul capului la vârsta de 3 ani. Boala începe cu accese de spasm torsionante a unei jumătăţi de corp cu mişcarea capului în partea opusă, jenă în vorbire, turburări de deglutiţie. Bolnavul stă cu gura deschisă, are sialoree, simptome ce sunt rare-ori observate. Autorii presupun că aceste turburări sunt sequelele unei encefalite.

D-r A. RADOVICI: **L'hystèrie après Charcot et après Babinschy devant les progrès de la neurologie.** — Journ. méd. de Lyon, No. 366/1935.

Descrie stările histeroide organice post-encefalice care au ca sediul o leziune a diencefalului şi le distinge de pithiatism. Nu numai crize oculogyre şi cinezii histeroide dela choreea ritmată la distonii generalizate, spasm de torsiune dar şi sugestibilitatea exagerată sunt consecinţa unor leziuni mezodiencefalice.

Turburările caracterului, perversitatea myothomanului şi hypersugestibilitatea postencefaliticilor se cunoaşte. Trebue să admitem că în hysterie s'ar găsi o alterare în funcţiunea glandelor dela baza creerului; boalele organice ale corpilor striaţi sunt sindrome hysterice.

R. H.

D-r PAULIAN et G. TANASESCU: **Recherches sur la permeabilité aux novarsénobenzols de la barrière hemato-méningo-encéphalique dans la paralysie générale avant et après la malariothérapie.** — Bull. Ac. de méd., Paris, Juin, 1935.

Autorii după ce amintesc că în paralizia generală endoteliul vascular este alterat şi astfel arsenicul trece în lichidul cephalo-rachidian, după malarioterapie arsenicul este scoborît în urma acţiunei favorabile a acestui tratament asupra endoteliului vascular. Deci permeabilitatea la arsenic ar putea fi un test de diagnostic în vindecarea paraliziei generale.

D-ri D. PAULIAN et G. TANASESCU: **La perméabilité des méninges avant et après la vaccinothérapie dans la paralisie générale progressive par rapport aux injections intramusculaires des sels pentavalents d'arsenic.** — Soc. méd. des Hôpit. de Paris, No. 26/1935.

Studiul permeabilităţei meningeene la arsenicale pentavalente injectate pe cale intra musculară în paralizia generală tratată cu injecţii de vaccin

antitific le-a dat rezultatele: după o oră dela injecţie cantitatea de arsenic din lichidul cefalo-rachidian a variat între 0,8 miligr. şi 1,2‰ miligr.; după 4 ore 1,6 miligr. şi 2‰, iar 24 ore — 0,5—0,9 miligr. la mie.

După tratamentul vaccinoterapic arsenicul a fost găsit mărit 1 miligr.—1,7 miligr. la mie, după o oră, 1,9 miligr.—2,3 miligr. la ‰, după 4 ore, 0,7 miligr.—1 miligr. la ‰ după 24 ore.

Vaccinul are o acţiune mai slabă ca malaria asupra leziunilor sifilitice, dar măreşte permeabilitatea meningelor la arsenic.

I R.

Plămâni.

D-ri D. PRIBOIANU şi M. BLECHMAN: **Rolul traumatismului în patologia pulmonului.** — Rev. Ştiinţ. Med. No. 7, 1935.

Studiază leziunile pulmonare consecutive traumatismului şi anume sequelile rănilor prin arme de foc, complicaţiile infecţioase consecutive traumatismelor directe sau distante şi tuberculoza şi traumatismul.

Ca o consecinţă a rănilor plămânului prin arme de foc avem henoptiziile, de o intensitate variabilă şi chistile hematice. Ca complicaţii infecţioase avem pneumonia traumatică care poate surveni şi în urma traumatismelor craniului, prognosticul acestei pneumonii este grav. S'a stabilit că orice pneumonie apărută a cincea zi de la traumatism este o pneumonie traumatică. In ceiace priveşte tuberculoza şi traumatismul se pare că bacilemia la tuberculoşii latenţi este monedă curentă. In cazul când un traumatism intervine el determină o ruptură a capilarelor şi bacilul tuberculos va trece din sânge în parenchim, determinând o tuberculoză locală evolutivă. Dacă intervalul de timp scurs între traumatism şi tuberculoza consecutivă nu depăşeşte câteva luni, diagnosticul se va stabili uşor, — în orice caz se va face o anchetă minuţioasă, clinică şi patogenetică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

R. H

D-ri C. I. URECHIA et L. DRAGOMIR: **Tumeur paravertébrale située à la base d'un poumon se propageant à la moelle du même côté.** — Soc. des Hôpit. de Paris, No. 25/1935.

Comunică observaţia unui bolnav care de patru ani are dureri în regiunea dorso-lombară dreaptă şi a ultimelor coaste.

In clinica medicală se constată o neoformaţiune la baza plămânului drept. Autorii constată o nevralgie a celui de al XII intercostal datorită probabil tumorei ce comprima nervul corespondent coastei; tumoarea întinzându-se la măduva corespondentă dădea semne de sciatică radiculară, albuminoză intensă, reacţia coloidală pozitivă a lichidului cefalo-rachidian, limfoaloză, Wassermann negativă. Lipiodolu s'a oprit la nivelul celei de a XI vertebră. Probabil tumora s'a propagat la măduvă prin găurile de conjugare.

Profesor D-r G. PROCA: **Tuberculoza în 1934.** — Rom. Medic. No. 10, 15 Mai 1935.

Găsim în buletinul demografic al României tabelele detaliate privitoare la mortalitatea prin tuberculoză, cu clasificarea deceselor după forme clinice, sex şi grupe de vârstă, profesiuni, mediu rural şi urban. Din faptele şi amănuntele

notate în aceste documente se pot face începuturile unei profilaxii antituberculoase metodic organizate. Statistica deceselor de tuberculoză indică problema ce nu şi-a găsit încă explicaţie, aşa zisul declin al tuberculozei; rămâne să vedem ce fel ne explicăm împuţinarea deceselor de tuberculoză în oraşe. Avem de a face cu o scădere concomitentă a morbidităţii sau cu o schimbare în evoluţia boalei şi cu prelungirea vieţei bolnavilor tuberculoşi? Trebue cercetată şi studiată această chestiune.

A doua chestiune e tuberculoza rurală, trebue să se verifice situaţia tuberculozei la ţară, fără de care măsurile de profilaxie antituberculoase nu se pot aplica acolo unde e necesar.

R. H.

D-r M. G. VAJA: **Les hemopthysies tuberculeuses.** — Gaz. des Hôpit. No. 54/1935.

O privire generală asupra hemoptiziilor, asupra cauzei, anatomiei patologice şi mai ales asupra tratamentului hemoptiziilor. Ca tratament preventiv se va evita cauzele favorizante ale hemoptiziilor, nu se vor trimite bolnavii în regiuni unde sunt vânturi, nici unde au loc variaţii brusce de temperatură. Se va evita climatul marin, helioterapia, tratamentul cu raze ultra-violete. Se va trata hipertensiunea arterială, insuficienţa hepatică, se vor evita emoţiile. Se vor continua injecţiile cu aur, se va da extracte ovariene în amenoree, se va face colapsoterapia. Repaus, clorur de calciu, ergotinină, emetină, emetină în hemoptizii grave.

R. H.

Stomatologie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. D-r I. ALEMAN, D-ri VASILESCU V. şi I. PRUNEŞ: **Consideraţiuni generale asupra nomei în legătură cu 6 observaţiuni clinice.** — Revista Stomatologică No. 7—8/1935.

După un istoric complect al cercetătorilor asupra pathogeniei şi etiologiei nomei autorii cred că simbioza fuzo-spirilară joacă rolul cel mai important. Noma poate fi considerată ca un proces toxi-infecţios gangrenos al ţesuturilor bucale cu evoluţie rapidă şi a căror acţiune nocivă întrece mijloacele de apărare ale organismului. Este mai frequentă în timpul războiului, probabil terenul joacă un particular în desvoltarea afecţiunei.

Electro-cauterizarea şi injecţiile şi aplicarea de neosalvarsan dau rezultate mai satisfăcătoare.

R. H.

D-ri I. ALEMAN şi V. VASILESCU: **Câteva consideraţiuni asupra evoluţiei măselei de minte.** — Rev. stomatol. No. 6, 1935.

In general accidentele dintelui de minte sunt datorite pericoronaritei consecutivă infecţiunei directe a cavităţei foliculare prin germeni patogeni ai cavităţei bucale.

Uneori infecţiunea pleacă dela nivelul măselei de minte, trece la stâlpii vâlului şi ai amigdalei provoacă angine repetate, abces al amigdalei al căror origină e ignorantă de laringolog. Foarte rar poate da celulite grave hiperseptice de tip Angina lui Ludwig.

Anginele sau abcesele amigdaliene de origină odontogenă sunt frequente şi dispar odată cu extracţia dintelui ce o cauzează. Trismul precoce şi constant

se observă în timpul evoluţiei măselei de minte, trismusul e datorit miositei muşchilor masticatori.

Foarte dese-ori se observă turburări nervoase de origină reflexă ca turburări vizuale, ale auzului, paralizii faciale, nevralgii faciale consecutive leziunilor sau iritaţiunilor nervilor dentari.

Ca tratament profilactic se recomandă o antisepsie bucală riguroasă în timpul evoluţiei dintelui de minte şi când acestea eşuiază se va scoate dintele.

R H.

Terapeutică.

D-ri G. MARINESCU et A. KREINDLER: **Danger du traitement de l'épilepsie par le choc proteinique. Considerations sur les relations entre l'épilepsie et l'anaphilaxie.** — Soc. méd. des Hôp. de Paris, No. 10/1935.

Atrag atenţia asupra tratamentului epilepsiei prin choc proteinic, care uneori poate da accidente mortale. Observaţia clinică a unei bolnave ce suferea de epilepsie şi care în urma unor injecţii de lapte are febră, convulsii subintrante şi sucombă cu 41,6°. Marinesco a emis ipoteza unei relaţiuni între choc anafilactic şi criza convulsivă epileptică. Fenomenele de anafilaxie în clinică sunt datorite antigenilor diferiţi. Hipervagotonia favorizează perturbări coloido-clasice sau acţiunea otrăvurilor convulsivante. Probabil că criza coloido-clazică modifică excitabilitatea sinusului carotidian şi favorizează apariţia crizelor convulsive.

R. H.

D-r C. I. URECHIA: **Allonalomanie; essai de traitement par alcool intra-veineux.** — Soc. méd. des Hôp. de Paris, No. 15/1935.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Comunică un caz de intoxicaţie cronică cu alonal; o bolnavă care în timp de 6 luni lua 9—16 tablete de alonal, prezenta o scădere a greutăţii, anorexie, crize convulsive, dificultatea în vorbire, emotivitate, loquacitate, enforie. I se face o desintoxicaţie progresivă şi bolnava ese din spital ameliorată.

D-ri PAUL CONSTANTINESCU şi M. DOBRESCU: **Valoarea vaccinoterapiei intra-venoase în gonococie.** — Rev. de urol. No. 4/935.

După ce expun technica preconizată de germani, comunică 50 cazuri comunicate de autorii români. Cred că rezultatele vaccinoterapiei intra-venoase nu sunt datorite numai unui choc nespecific dar şi unei acţiuni specifice.

Recomandă în gonococii acute, cronice, complicate sau nu, vaccinul gonococic al Institutului Cantacuzino şi arligonul Bruck.

D-r KIRSCHEN: **Un nou tratament al eclampsiei post-partum urmat de succes.** — Rev. de obst. No. 2/1935.

In această boală a teoriilor cum a fost numită eclampsia se va face tratament simptomatic care se adresează manifestaţiunilor şi organelor la care s'au găsit leziuni anatomo-patologice. Autorul obţine rezultate satisfăcătoare cu sângerarea ce scade tensiunea, favorizează diureza şi elimină toxinele; injecţii intra-venoase de glucoză măreşte acţiunea glicogenică a ficatului şi diureza rinichiului; bicarbonatul de sodiu ridică alcalinitatea sângelui.

R. H.

D-ri GR. ODOBESCU şi H. VASILLESCU: **Eficacitatea tratamentului iodurat în epilepsiile simptomatice.** — Rev. Ştiinţ. Med. No. 8/1935.

Autorii au obţinut bune rezultate în epilepsie tardivă cu turburări mintale cu injecţii de nabrio-iodat 0,50 ctgr. în serii de 20 injecţii cu intervale de 20 zile. Comunică 2 observaţii de bolnavi cu epilepsie tardivă, în antecedente găsesc alcoolismul, reacţiile humorale pentru sifilis negative; în urma injecţiilor de iodur de sodiu, turburările psihice aproape au dispărut şi temperamentul bolnavilor, impulsivitatea lor a dispărut, dar accesele epileptice nu a diminuat.

R. H.

D-r I. DANIEL: **Asupra tratamentului gutei şi complicaţiilor sale prin apele minerale sulfuroase şi oligometalice.** — Comunicare făcută la Congr. gutei şi accidului uric, (Vittel, 14—16 Sept. 1935).

Col. D-r MARINESCU, ADAMEŞTEANU şi MUNTEANU (Raportori pentru România): **Indicaţiile şi contraindicaţiile băilor de soare.** (Raport la chestiunea: Tratamentele adenitelor cervicale). — Congr. VII Intern de thalassoterapie, Saint Sebastien: 27—30 Iulie 1935.

HORIA SLOBOZIANU (Raportor pentru România): **Tratamentul heliomarin al adenopatiilor traheo bronsice.** (Raport la chestiunea: Indicaţiile şi contra-indicaţiile băilor la soare). — Congr. VII Intern de thalassoterapie, Saint Sebastien: 27—30 Iulie 1935.

D-r N. N. STOICHITZA: **Le traitement des abcès pulmonaires.** — Presse méd. No. 50/1935.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prezintă un studiu critic al tratamentului abceselor pulmonare care sunt frequente şi au uneori o evoluţie favorabilă.

Studiază în ultimii ani 40 cazuri de abcese pulmonare la cari aplică mai la toţi tratamentul medical. Cu emetină în 22 cazuri au 3 ameliorări mai uşoare şi alte 3 ameliorări mai mari.

Alcoolo-therapia intra-venoasă în 10 cazuri cu 2 vindecări şi 2 ameliorări, au acţiune asupra fetidităţei sputei şi dă o enforie generală. Autovaccinul şi mai ales autopyovaccinul dă rezultate mediocre, la întrebuinţat în puţine cazuri şi îşi rezervă dreptul de a se pronunţa asupra acestui tratament. Atât pneumotoracele artificial cât şi bronchoscopia n'a dat rezultate satisfăcătoare. Din 10 bolnavi cu medicaţie simptomatică şi balsamice, 5 s'au ameliorat, unul s'a vindecat.

Concluzie: Tratamentul medical e mediocru. La cei cărora s'a aplicat tratamentul chirurgical frenicectomia a dat cele mai bune rezultate, pneumotonia în cinci cazuri a avut ca efect o vindecare şi 4 morţi. In abcesele cronice vechi tratamentul chirurgical este mediocru. Autorul recomandă tratamentul chirurgical în abcesele pulmonare.

R. H.

D-r DEM. PAULIAN: **Après dix ans de malariathérapie. Contributions cliniques et anatomopathologiques sur la syphilis du système nerveux.** — Soc. méd. Hôpit. de Paris, No. 24/1935.

Intrebuinţează injecţiile intra-venoase ca să impaludeze bolnavii, de

oarece dă o incubaţie scurtă (1—6 zile), face 12 injecţii, accesele ce dau o temperatură mai mare de 39° sunt favorabile.

Malarioterapia nu dă splenomegalie. După aceasta un repaus şi se vor face injecţii cu arsenic sau bismut cu pauze de 15—28 zile. Se va repeta impaludarea după 6 luni de nu se observă o ameliorare. Există ameliorări clinice fără ameliorări biologice şi serologice. In 1070 cazuri 82.42% s'au ameliorat. Probabil malaria sensibilizează spirochetele şi le face uşor sprilizate de arsenic. După malarioterapie se găsesc modificări ale leziunilor meningo-encefalice: spirochetele sunt degenerate, atipice, fragmentate, infiltraţiile perivasculare şi meningo-encefalice sunt mai puţin abundente, procesul meningeen s'a stins, apar zone de rarefacţie celulară şi de hiperplazie nevroglică.

C.

Prof. D. DANIELOPOLU, I. MARCU şi GINGOLD: **Accidentele produse prin benzen, piramidon şi dinitrofenol. Antagonismul luminalului.** — Acad. de Méd. din Paris. Şedinţa din 29 Oct. 1935.

Rolul medicamentelor conţinând un nucleu benzenic în patogeia agranulocitozei fiind discutat, iar datele experimentale fiind contradictorii, autorii reiau aceste cercetări şi constată: o asemănare perfectă între fenomenele nervoase, respiratorii şi circulatorii produse la câine de către piramidon şi benzen; acţiunea piramidonului asupra sângelui este variabil şi inconstant la om, dar nu se poate conchide că este inofensiv pentru organele hematopoetice, deoarece şi acţiunea benzenului este diferită după subiecte; asemănarea acţiunii asupra altor organe este un indiciu că piramidonul şi benzenul trebue să acţioneze în acelaş mod asupra organelor hematopoetice.

Există între benzen şi luminal şi benzen şi piramidon un antagoism net: luminalul poate preveni sau vindeca convulsiile produse la câine de către benzen sau piramidon; dar se pare că luminalul nu are nici o proprietate antagonistă în ceace priveşte acţiunea piramidonului asupra organelor hematopoetice.

La bolnavii cu agranulocitoză există o vulnerabilitate specială a organelor hematopoetice, alterate de către substanţe cari conţin un nucleu benzenic, care face ca organismul să reacţioneze altfel decât la un subiect normal la o infecţie banală; o simplă amigdalită, sau oricare altă infecţie produce asupra ţesuturilor hematopoetice alterate o sideraţie şi agranulocitoză consecutivă.

M. M. R.

D-r NICOLAE MUNTEANU: **Asupra prezenţei unei substanţe oestrogene în nămolurile terapeutice.** — Clujul Med. No. 7/1935.

Bazaţi pe faptul că nămolurile terapeutice au aceiaşi origină ca şi rocile caustobiolitice, autorii prepară un extract din acest nămol, extract ce are proprietăţi asemănătoare foliculinei. Autorii analizează şi tibrează extractele obţinute din alte nămoluri terapeutice şi găsesc în acestea o substanţă oestrogenă care are probabil o acţiune biologică şi terapeutică. Prezenţei substanţei oestrogene în aceste nămoluri este datorită probabil acţiunea binfeăcătoare a acestora asupra ovarelor.

R. H.

D-r MIRCEA HALIŢĂ: **Tratamentul boalelor de stomac cu apele minerale româneşti.** — Vestul Medical No. 3—4, 1935.

Insistă să se ţie seama de aciditatea secreţiei gastrice în administrarea apelor minerale, de oarece unele scad, altele măresc secreţia gastrică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In dispepsiile ipoacide, în gastro-nevroze apele ce stimulează secreţia gastrică: Apa de Borviz Oltul, Broşteni (Suceava), Salutaris (Iacobeni), Reput, Covarna, Bicsad, Buşteni, Stoiceni, Someşeni No. 2; Slănicul Moldovei isvoarele No. 10, 8, 13 şi 6.

In dispepsii iperacide, organice sau funcţionale, în ulcerul gastro-duodenal: Ţuşnad, Bodoc, Malnaş, Sărata; Slănic No. 1 şi 3, Săngeorzul-băi, Olăneşti, Călimăneşti, Căciulata, Vâlcele. In acelaş timp medicul staţiunei balneare va indica cantitatea apei ce trebue să ia bolnavul după fiecare caz în parte.

R. H.

D-ri G. MARINESCU şi V. JITIANU: **Tratamentul infecţiilor urinare prin neosalvarsan.** — Rom. Med. No. 19/1935.

Intrebuinţează în infecţiile urinare neosalvarsanul şi obţin rezultate bune

Insistă asupra acţiunei neosalvarsanului în pielocistite mai ales de origină stafilococice; în doze de 0.15—0.40 gr. la intervale de 2—3 zile singur sau asociat cu tratamente locale; dela primele injecţiuni urinele devin acide, limpezi şi fenomenele iritative dispar. Are o acţiune asupra ulceraţiilor vezicale. Se va face un examen general al bolnavului şi complect al urinei ce ne va arăta origina infecţiei; de aci indicaţia sau contraindicaţia acestui tratament.

R. H.

D-ri AL. LAMBESCU şi S. HERŞCOVICI: **Asupra unui principiu original în tratamentul tuberculozei peritoneale, forma ascitică.** — Cernăuţi Medical No. 10/1935.

Autorii expun un procedeu original în tratamentul tuberculozei peritoneale, forma ascitică cronică. Se injectează oleu gomenolat în cavitatea abdominală şi se iradiază abdomenul un minut — în acelaşi timp se fac injecţii intra-venoase de calciu. Injectarea oleului gomenolat se face în patru puncte difertie ale abdomenului la 48 ore distanţă. Autorii au obţinut rezultate satisfăcătoare la 6 bolnavi de peritonită tuberculoasă.

R. H.

Medic Gen. Doc. D-r GH. PÂRVULESCU şi medicii L-ţi D-ri M. BADER şi SANDULESCU: **Injecţiuni intrarachidiene cu urotropină în meningită cerebro-spinală epidemică.** — Cernăuţi Medical No. 10/1935.

Comunică trei cazuri de meningită cerebro-spinală din serviciul de boli contagioase a Spitalului Militar Iaşi, care în urma injecţiilor intra-rachidiene cu urotropină s'au vindecat.

R. H.

D-ri MAREŞ CAHANE şi TATINNA CAHANE: **Contribution à l'étude de l'encéphalite psychotique azotémique. Essai d'un traitement.** — Noua Rev. Med. No. 1—2/1935.

Comunică un caz de confuzie mintală însoţită de o stare febrilă cu modificări sanguine şi metabolice. Au studiat clorul în plazmă, globule roşii şi urină. Cred că turburările în repartiţia clorului în organism pot explica mărirea azotemiei şi starea gravă a bolnavilor. Probabil că leziunile inflamatorii ale creerului determină o supraîncărcare şi o deplasare a clorului spre aceşti centri. Eliminarea clorului în urină este mult micşorată, diureza este redusă şi are loc o mărire a corpilor azotaţi.

R. Husch

D-r IOSIF LEONIDA: **Cum poate fi mărită acțiunea diuretică a preparatelor mercuriale organice.** — Rev. Științ. med. No. 10/1935.

Recomandă o metodă propusă de autorii germani spre a mări diureza provocată de preparate mercuriale, organice, se prescrie pacientului 4 clorură de amoniu pe zi timp de 4—5 zile și apoi a 5-a, a 6-a zi se face o injecție de preparat mercurial organic oare-care. Comunică observația unui bolnav cu o ciroză hepatică daeme cu ascită care refractar preparatelor mercuriale diuretice s'a ameliorat în urma injecției cu clorur de amoniu înaintea preparatului mercurial organic.

R. H.

D-r ALEXIU, D-r C. ANGHELIDE: **Vaccinoterapia leziunilor anexiale în cursul sarcinei.** — Rev. de obstetrică No. 2/1935.

Intrebuințează pe un număr de 25 bolnave gravide în luna I și IV complicate cu leziuni anexiale vaccinoterapia cu vaccin Webbet.

Vaccinul are o acțiune rezolutivă asupra leziunilor, ameliorează durerea și scoboară temperatura.

Reacția violentă a vaccinului nu pune în pericol sarcina. Vaccinul înlătură complicațiile în cursul sarcinei.

R. H.

D-r ELEONORA-LORICA RIZESCU: **Tratamentul hidromineral al afecțiunilor ginecologice în stațiunile românești importante și în special la Băile Herculane.** — Rev. de Hidrolog. med. și climatologie No. 4, 1935.

Arată efectul apelor minerale și insistă asupra administrărei și efectul apelor minerale în afecțiunile ginecologice. Trebue să știm că și felul de administrație al apelor minerale are diferite efecte terapeutice; cura hidrominerală să fie urmată cel puțin 3 ani. Se va ține seama de leziunile locale și starea generală a bolnavei în administrarea apelor minerale. Calitățile apelor minerale se bazează pe termalitate, radioactivitate, izotonia, aciditatea ionică, starea coloidală, electrică și ionizare.

Autoarea se ocupă de fizioterapia hidrominerală externă, ea poate fi generală și locală. După Prof. Villaret și Justin Beçanson, apele minerale se divid în oligometalice ce au indicații în scleroza ulermă, dismenoree, leucoree, anexite cronice, menopauză și nevralgii pelviene. Ape feruginoase în genopatiile pe teren clorotic, la anemice cu turburări menstruale. Ape arsenicale în afecțiunile genitale pe teren limfatic. Apele clorurate ce sunt limfagoge, diuretice și stimulante ale nutriției generale. Apele bicarbonatate în turburări menstruale de cauză gastrică, hepatică sau renală.

Apele sulfuroase ca cele dela Herculane sunt indicate în infecțiile cronice gonococice și sifilitice, în metrite, amenoree, anexite.

După o serie de observații ajunge la concluzia a se trimite bolnavele cu afecțiuni genitale, anemice, limfatice, clorotice la Dorna Vatra, Fidelis, Herculane, la surse feruginoase, arsenicale și sulfuroase.

Afecțiunile pe teren gutos, artritic, rheumatic, sifilitic și blenoragic la băi sulfuroase, sărate sau iodate. Cele cu algii pelviene la isvoare oligometalice: Felix, Moneasa, Băile Episcopale, cele cu scrofuloză la Techirghiol și Budache.

Gravidele la Borsek. Falșele uterine la Slănic-Moldova, Căciulata și Olănești.

R. H.

Digitized by Biblioteca Universității "Lucian Blaga" din Cluj-Napoca

Urologie.

Comunicări Româneşti la al XXXV Congres al Asociaţiei Franceze de Urologie.

(Paris 7-12 Oct. 1935)

D-r L. STROMINGHER (Bucureşti): **Colibaciloza conjugală.**

Autorul aduce observaţiunea a doui soţi: bărbatul atins de colibaciloză urinară, cu uretrită, femeia atinsă de colibaciloză urinară cu endometrită cu colibacili şi se întreabă dacă nu este vorba de o contagiune genitală dela femee la bărbat sau mai curând dela bărbat la femee.

Neputând răspunde la aceste chestiuni, le enunţă atrăgând atenţia asupra factorului social al colibacilozei.

Doc. D-r POPESCU-BUZEU şi D-r CONSTANTINESCU: **Cu privire la rotaţia rinichiului.**

Rotaţiunile anormale ale rinichiului pot fi congenitale sau căpătate. Cele din urmă se numesc şi „torsiuni renale". Rotaţiunile congenitale cari se însoţesc de alte anomalii renale sunt mai bine cunoscute. Rotaţiunea renală pusă fără altă anomalie este mult mai rară.

Se poate pune în evidenţă cu ocazia unei explorări radiologice necesitată de o turburare ocazionată de rinichiul în rotaţie sau de celălalt rinichiu.

Autorii au studiat 4 cazuri din cari 3 congenitale.

Din cercetările clinice şi experimentale întreprinse, autorii precizează semnele prin cari se poate recunoaşte o rotaţiune renală şi anume:

1. Modificarea dimensiunilor rinichiului care apare mai lung şi mai gros ca de obiceiu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. Basinetul se depărtează de linia mediană, asemenea şi ureterul superior care urmează un traect mai extern; basinetul în general mai mic se apropie de tipul embriologic.

3. Colicele prezintă caracterele cele mai modificate; sunt în general mai numeroase şi iau câteodată o formă de cruce.

Prof. D-r ŢEPOSU (Cluj): **Cinci cazuri de ectopie renală congenitală diagnosticate prin pielografie.**

Cazuri observate în clinica urologică din Cluj în ultimii 6 ani.

Printre aceste cazuri au fost: un caz de ectopie lombară cu lipsa ultimei rotaţiuni interne. Două cazuri de ectopie ilio-abdominală şi hipoplasie renală. Două cazuri de ectopie renală pelviană cu hidronefroză voluminoasă.

In 3 din aceste cazuri s'a practicat nefrectomia cu vindecare în condiţii bune. Lucrarea a fost însoţită de plăcile pielografice şi de fotografia pieselor operatorii.

D-r PAUL CONSTANTINESCU: **Injecţii epidurale ca tratament al prostatoreei.**

Autorul expune două cazuri de prostatoree descoperită prin masajul prostatei normale la pipăit şi unde tratamentul uretritei, endoscopic în cele din urmă, lasă să persiste o urină lăptoasă într'un caz şi o scurgere prostatică de masaj în celălalt caz.

După ce practică în ambele cazuri injecţii epidurale cu ser fiziologic, constată: în primul caz după trei injecţii, masagiul nu aduce nici o picătură

de lichid la meat; în celălalt caz, după 5 injecţii urini perfect clare în 2 sau 3 pahare.

Este vorba deci de o leziune nemodinamică, influenţată în bine de injecţiile epidurale.

D-r PAUL CONSTANTINESCU: **Asupra semnificaţiei colului vezical „en rideau" de fenêtre.**

Este expusă observaţia a două cazuri de acest fel unde nu s'a constatat o hipertrofie de prostată.

Intr'un caz s'a constatat un „rideau de fenêtre" cu trigonul ridicat şi neregulat şi cu bordul posterior oedemaţiat: un neoplasm prostatic. In celălalt caz, la un tânăr căruia i se făcea un tratament endoscopic posterior se descoperă un col vezical „en rideau de fenêtre" fără nimic altceva şi fără alte simptome.

Dar această diformaţie a dispărut după tratamentul epidural pe care l'a urmat bolnavul.

Autorul se întreabă dacă a fost o coincidenţă sau o relaţie de cauză şi efect şi constată că această diformaţie a fost inflamatorie în primul caz şi normală în al 2-lea.

I. Rosenstein.

D-r L. STROMINGER: **Asupra complicaţiunilor genitale ale colibacilozei.**

Au fost prezentate 5 cazuri: 2 cu orchi-epididimită cu supuraţie prin coli şi fontă testiculară, 1 caz cu turburări psihopatice şi 3 cu localizări genitale la femee, cu metrite şi cu găsirea colibacilului în secreţie şi în colul uterin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorul face câteva consideraţii asupra orchitelor supurate şi psihozelor colibacilare.

I. Rosenstein.

Prof. D-r ŢEPOSU et D-r DANICICO: **Le diagnostic du rein polykistique. Considerations sur 11 cas personnels.** — Rev. română de urologie, No. 3/1935.

In ultimii 3 ani observă 11 cazuri de rinichi polikistic, fapt ce era înainte o raritate. Frequenţa acestei afecţiuni în ultimii ani se datoreşte probabil mijloacelor actuale de investigaţie ce uşurează punerea diagnosticului. Urografia ascendentă şi intra-venoasă dau o imagine urografică ce este expresia clară a afecţiunei. In 8 cazuri s'a pus diagnosticul graţie urografiei. Catetherismul ureteral ne dă o probă funcţională preţioasă. Cromocistoscopia, proba Volhard-Strauss sunt asemenea utile.

Se vor evita astfel laparatomiile exploratrice şi nefrectomiile inutile.

R. H.

D-r POPESCU-BUZEU: **Concentraţia maximă ureică şi azotemia prin oligurie. Studiu clinic şi experimental.** — La Presse Méd. No. 70/1935.

După ce examinează noţiunea de concentraţie maximă ureică, publică cercetările făcute pentru determinarea acestei concentrări. Trece apoi la studiul azotemiei prin oligurie şi arată cazurile când poate surveni, aducând şi observaţia interesantă a unui pacient, care prezenta o azotemie prin oligurie relativă pură. Creşterea cantităţii de urină printr'o mărire a consumului de apă a adus azotemia la normal.

I. Rosenstein.

D-ri CONSTANTINESCU N. N., POPESCU BUZAU M., BURGHELE TH. şi ŢÂRCOVEANU G.: **Opacităţi particulare în câmpul radiologic al aparatului urinar.** (Falşi calculi urinari). — Rev. rom. de urologie No. 4, 1935.

Autorii înţeleg prin opacităţi particulare care prin forma şi situaţia sa ar simula un calcul. In prima parte a lucrărei găsim opacităţile cuprinse în interiorul aparatului urinar şi în afara aparatului urinar. A doua parte recapitulează prima, dar după zone: zona renală, uretrală şi vezico-prostatică; a treia parte se ocupă de diagnostic diferenţial între calcul şi falşul calcul.

In regiunea renală putem observa imagini de falşi calculi în calcificarea cavernelor renale; substanţe străine introduse prin pielo sau urografie; calcificarea ganglionilor retro-peritoneali, sclerolipomatoza peri-renală; calcificarea capsulei supra-renale; opacificările fundului de sac pleural; calculi veziculari şi pancreatici; calculi stercorali; calcificarea cartilajelor costale.

In regiunea uretrală: traject de abcese reci calcificate, calcificarea capătului distal al apofizelor transverse; corpi străini apendiculari; ganglioni calificaţi mezenterici, retro-peritoneali, hipogastrici; calcificarea ligamentelor sacro-pubiene; flebolitele vaselor hipogastrice; moluscum pendulum.

In regiunea vezico-prostatică: corpi străini vezicali, cistite incrustate, caverne prostatice calcificate, calculi stercorali în ampula rectală. Fiecare capitol are o serie de clişee radiografice.

R. H.

Doc. D-r I. GAVRILĂ şi D-r G. MIHAILEANU: **Indicanemia în nefrite.** — Ciujul Medical No. 8/1935.

Digitized by Central University Library Cluj

Autorii caută a determina valoarea indicanemiei în diagnosticul şi prognosticul leziunilor renale. La indivizii normali găsesc că indicanemia variază, între 0,22—0,92 mg. la $0/0_0$. In leziunile renale fără reţenţiune azot, indicanemia variază între limite normale.

In nefrite acute şi cronice cu iperazotemii există aproape constant reţenţiuni de indicau în sânge, mai ales în azotemiile peste 1 gr. $0/0_0$.

Nu există nici un raport între cloruremie, albuminurie şi ipertensiune şi indicanemie. Valoarea indicanemiei nu e mai mare ca aceia a azotului în stabilirea stării funcţionale şi a prognosticului nefritelor.

R. H.

D-rii M. NASTA, M. BLECHMANN şi TRAIAN KATZ-Galaţi: **Valoarea clinică a culturii bacilului Koch din urină şi sânge în tuberculoza renală.** — Rev. Ştiinţ. Med. No. 9/1935.

Arată valoarea culturii bacilului Koch din urină şi sânge în tuberculoza renală faţă de cercetarea examenului direct şi inocularea la cobai. Autorii fac o serie de cercetări şi ajung la concluzia că dintre metodele de decelare a bacilului Koch în urină cultura are avantagiile: precocitatea rezultatului (8—21 zi); o siguranţă mai mare; se poate însemânţa urina din 5—6 zile; de găsim o infecţie a mediilor de cultură a 3—4 zi reînsemânţăm; se poate obţine culturi chiar când numărul bacililor este prea mic pentru a determina o tuberculizare a cobaiului; facilitatea de a avea la îndemână cele necesare pentru cultură când nu se pot avea animalele necesare inoculărilor. Cu timpul poate această metodă va putea înlocui inoculările. Cultura bacilului Koch din sângele bolnavilor de tuberculoză renală se va face sistematic, autorii au găsit-o în 50 $0/0$ de cazuri. Prezenţa bacilemiei ne face să vedem tu-

berculoza renală ca o infecţie generală cu o simptomatologie locală, iar unele cistite rebele, fistule şi infectarea celuilalt rinichi după nefrectomie să-şi găsească explicaţia în virulenţa bacililor din circulaţia generală.

R. H.

D-r I. STROMINGHER: **Orchiepidemită colibacilară.** — Rev. rom. de urol. No. 4/1935.

Autorul studiază 2 cazuri, dintre care unul prezintă un abces al cozei epidedimului ce a trebuit să fie incizat, iar altul cu o evoluţie lungă ce se manifesta prin turburări nervoase întreţinute de un nucleu ependimar mare ca o castană.

Autorul insistă asupra acestui caz şi a confuziei ce se poate face cu tbc., siphilis şi alte afecţiuni banale.

D-ri I. MIHALOVICI şi I. KRANZDORF-LAUB: **Tratamentul cistitelor cronice prin metoda Schottmüller** — Rev. rom. de urol. No. 4/1935.

Metoda consistă în introducerea în vezică a unei soluţiuni de nitrat de argint 2—4% după o anestezie vezicală.

Autorii întrebuinţează această metodă în 100 cazuri, dintre care 30 cazuri de cistite cronice rebele tratamenului; în 9 cazuri de cistite uşoare cu pielite; 5 cazuri de cistite calculoase intense; într'un caz de cistită viloasă, etc., cu rezultate satisfăcătoare.

In turburări vezicale persistente după nefrectomie pentru tuberculoză renală întrebuinţează acest tratament; în 15 cazuri obţin rezultate bune, iar în 5 nu obţin vre-o ameliorare. Cu cât timpul după nefrectomie e mai lung (2—3 ani) metoda pare mai eficace.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

R. H.

Diverse.

D-r GR. IAMANDI: **Păduchele. Consideraţiuni generale asupra insectei şi boalelor ce le transmite. Noţiuni de deparazitare.** — Cernăuţi Med. No. 4/1935.

Face o descriere anatomică a păduchelui şi a acţiunei lor asupra omului: ca parazit propriu zis şi ca agent în transmisiunea boalelor infecto-contagioase. Acţiunea patogenă a păduchelui ce produce pediculoza capului, boala vagabonzilor. Deparazitarea poate fi mecanică, prin agenţi fizici şi substanţe chimice.

Tratamentul pediculozei capului cu alcool camphorat sau spălarea capului cu oţet şi sublimat (1 : 5000) sau petrol. In unele cazuri ungem pelea capului cu undelemn + gaz şi a doua zi spălăm capul cu apă caldă. In pediculoza corporală se distruge păduchele din haine. In phtiriază xilol.

R. H.

Prof. D-r V. PAPILIAN şi D-r IOAN GABRIEL RUSSU: **Rolul splinei în coloido-pexie.** — Clujul Medical No. 7/1935.

Autorii scot din funcţiune splina prin ligatura venei splenice şi injectează zilnic intra-venos 10—50 cm. c. de lition carmin în soluţie de 25%; a 9-a zi sacrifică animalul şi găsesc la acesta organele mult mai puţin colorate ca la animalul martor căruia i s'a injectat lition carmin dar nu i s'a legat vena splenică. Deci splina are un rol activ în procesul general de coloido-pexie.

D-r R. Hirsch.

D-r C. LEVADITI: **Quelques réflexions au sujet des cours de perfectionnement en médecine.** — Le siècle médical No. 209/1935.

Pentru ca viitorul medic să capete noţiunea de precizie şi noile progrese în domeniul în care vrea să se specializeze sunt necesare cursurile de perfecţionare în instituţii libere, fără comisie examinatorie ce ar da diplome. Se vor ţine o serie de conferinţe consacrate la un subiect determinat. Elevii să fie puţin numeroşi şi plasaţi în condiţii optime de lucru ca să cunoască metodele technice speciale şi să le repete ei singuri. Profesorii să expue clar cercetările lor personale, să facă un tot cu lucrările predecesorilor şi să nu omită lacunele ce nu le-a putut umple şi nu a putut rezolva unele probleme ce trebuesc cercetate. Să insiste asupra ceeace nu se cunoaşte. Chestiunile ce nu au progresat de mult să nu se ţie la aceste conferinţe.

Lecţiile vor fi teoretice şi practice, se vor face afirmaţiuni şi concluziuni numai după ce o serie de fapte au fost precis demonstrate. Asistenţii şi conferenţiarul vor face lucrările practice cu elevii. O comisie de specialişti va organiza cursul de perfecţionare, va căuta subiectele conferinţelor şi va recomanda conferenţiarii indicaţi de a ţine conferinţe.

R. H.

D-r ANGHEL DANIEL: **Medicina românească şi perspectivele viitorului.** — Rom. Med. No. 19/1935.

Arată ce mult contribue în prezent medicina românească în progresul ştiinţelor medicale, aceasta graţie învăţământului nostru universitar. Medicina fiind într'o continue transformare, e necesar ca medicul practician să citească reviste de nu poate lua contact cu centrele sau focarele de cultură. Autorul pretinde că o revistă medicală ideală să expue în general un subiect de actualitate sub formă de cronică condensată şi o cronică profesională şi cooperativă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In practica medicală se razămă vindecarea bolnavilor pe un diagnostic exact şi o terapeutică eficace. Evoluţia modernă a medicinei tinde la examinarea omului sănătos ce este obiectul medicinei preventive, ca caută a depista turburările funcţionale incipiente, latente, neexteriorizate încă.

Medicina preventivă prin latura socială ia aspectul medicinei colective, cuprinde controlul biologic al copilului, iar prin latura profesională rezolvă şomajul medical, iar prin latura formativă va fi obiectul studiilor universitare. Medicina colectivă şi igiena socială combate flagelele ce bântue ţara, asigurările sociale şi organizaţia sanitară ce se vor reforma pentru protecţia sănătăţei publice. In viitor se va da mai multă importanţă medicinei preventive.

R. Hirsch.

II

B. — CĂRŢI — MONOGRAFII

D-r V. VOICULESCU: **TOATE LEACURILE LA INDEMÂNĂ.** — Fund. culturale „Principele Carol", Bucureşti, 1935, 1 vol. de 336 pag., 30 lei.

Volumul acesta face parte din Colecţia *„Cartea Satului"* pe care Fundaţiile culturale „Principele Carol" şi-au impus ca o salutară datorie de a răspândi la sate; ea pune la îndemâna celor cari trăesc la ţară leacurile, pe cari n-au nevoe a merge la oraş să le cumpere în farmacii, pentru-că le au sub mână, sub chipul diferitelor burueni cari cresc în vecinătatea lor.

Trebue numai să le cunoască, să se hotărască a le strânge, păstra şi mănui, şi să se încredinţeze că nu sunt cu nimic mai prejos, ba chiar mai active (cea mai mare parte lucrând ca medicamenta soluta), decât prafurile drămuite şi cu bun preţ vândute la oraş şi în care totuşi ţăranul nostru are mai multă încredere, cu atât chiar mai mare cu cât sunt mai scumpe.

„Cartea aceasta, scrisă pe înţelesul tutulor; carte gospodărească; **îndreptar casnic al sănătăţii, cu sfaturi pentru boale şi întâmplări rele, sfaturile** fiind aşezate sub fie-care leac în parte, iar leacurile fiind prezentate în ordine alfabetică, **dicţionar de leacuri şi de boale,** în care boalele sunt înşirate şi ele, tot dupe alfabet, la începutul cărţii; carte **care destăinue puterile neştiute cari zac ascunse în aceste leacuri la îndemână; care ne deprinde cu mănuirea burueniilor şi florilor de leac; şi deschide ochii oamenilor asupra burueniilor otrăvitoare;** carte care în tot lungul ei **se mai străduesţe să desrădăcineze obiceiurile greşite, crezurile şi credinţele rătăcite şi ca un îndreptar ce este să ne lumineze asupra vieţei de toate zilele;** carte făcută nu numai **pentru cei bolnavi, ci mai ales pentru oamenii sănătoşi,** cari au timp şi gust de cetit, carte care însfârşit, puţin câte puţin **pregăteşte pe cetitor pentru înţelegerea sfaturilor şi poveţelor medicale caşi pentru priceperea orânduelilor stăpânirii",** — dupe cum subliniază însuşi autorul în „CUVÂNTUL DE LĂMURIRE" ce-i scrie în cap, este unica carte la noi de acest gen şi factură.

Fostul medic de plasă, care este D-l D-r V. Voiculescu, a scris o carte *„specific românească"*, pentru care i se cuvin nu numai laude dar recunoştinţă; *prezenţa cărţii este de folos la ţară* „unde sănătatea, roasă de multe racile, între cari cea mai urîtă e cea a neştiinţei, a început, de mult, să şovăe", pentru-că ea remediază, ca şi o intervenţie eroică, unei stări de fapt urgente; — pentru-că are un scop bine definit şi se foloseşte de mijloace practice şi la îndemâna tutulor; — pentru-că aceste mijloace, „naturale" dela ţară, se dovedesc tot aşa de bune caşi cele artificiale, de la oraşe şi nici nu costă bani; — pentru-că corespunde admirabil scopului ce urmăresc Fundaţiile culturale „Principele Carol" prin colecţia

„Cartea Satului", dovadă şi celelalte volume apărute, caşi preţul neînsemnat, cu care se vând; — însfârşit pentru curata limbă românească în care este scrisă.

Autorul, deşi medic, nu s-a lăsat să alunece pe panta lesnicioasă a erudiţiei, cu care chiar cărţile medicale populare atât de des cochetează; şi astfel a evitat compilaţia şi fatalele neologisme, şi, deşi poet, a vorbit ca un sfătos practician, care este chemat să facă proză nu poezie; a evitat astfel tot ce este de prisos şi mai ales figurile de stil.

Cel mai desăvârşit compilator al tutulor timpurilor a fost medicul autor; dar pentrucă de la o vreme — pentru uşurinţa reţinerii faptelor — citatele şi mai ales numele proprii se lasă la o parte, compilaţia a devenit asimilaţie, şi pe nesimţite apropriere; aşa fel, că dacă traducerea se mai face şi ceva mai liber şi pe sărite, nici punerea pe 2 coloane nu mai este posibilă.

Cartea de faţă are însă marele merit de a fi o *„carte originală"*; — ca să o scrie, autorul s-a plecat peste burueni şi le-a studiat, acolo în cadrul lor; — iar folosinţa lor a tras-o din însăşi practicele existente la sate şi a referit-o la boale, credinţe şi eresuri curente în viaţa satelor noastre; — studiu îndelungat şi mult spirit de observaţia psichologică presupune astfel această *Carte românească de terapeutică populară şi naturală.*

Autorul mai face observaţia atât de adevărată că „ţăranul nu pune preţ decât pe sticluţa de doctorii sau pe pacheţelele cu prafuri, pe care ca medic de plasă le scotea din lădiţă", precum şi acea că „numai de leacuri se poate lega trainic tot ce pare să-l învăţăm despre boală, pază şi îngrijiri"; — cu alte cuvinte spune că leacurile, pe care omul de la ţară le are la îndemână, sunt totul; — dar cum, când sunt scrise sfaturile nu mai au puterea de convingere ca atunci când le da „autorul în calitate de medic de plasă"; — cum dicţionarul de boale, adică lista boalelor care se pot căuta cu leacurile arătate în această carte, nu este însoţit şi de deslişiri asupra felului boalelor şi suferinţelor; — cum medicul de plasă ocupat toată luna cu darea raitelor prin circumscripţie deabia dacă vede boalele, şi atunci când ele îmbracă aspect de epidemii, iar nu pe bolnavi; — cum medicul care să se stabilească la sate (medicul satului, decretat pe hârtie de fostul ministru, D-l D-r Costinescu) ezită, căci n-are încredere în contractul cu care îl angajează Ministrul său — socotim că *„Medicul nostru"* — Dicţionarul enciclopedic medical al D-lui D-r Ygrec, pe care l-am prezentat publicului cetitor în No. 1—2 (1932) pag. 108—109 al acestei reviste, este chemat să însoţească cartea de faţă; el va atrage atenţia pătimaşului asupra naturii suferinţelor sale şi, luminându-l mai bine asupra boalelor, îi va netezi astfel calea la aceste leacuri naturale şi la îndemâna lui şi pe cari din cartea D-lui D-r Voiculescu va afla unde, când şi cum să le întrebuinţeze.

Termin atragând atenţia tutulor medicilor, şi nu numai a celor dela ţară, asupra folosului ce ei însăşi vor trage din poveţele

BCU Cluj / Central University Library Cluj

acestei *Cărţi şi de actualitate medicală,* — carte a cărei predare în şcoalele de agenţi sanitari şi moaşe de la ţară ar trebui impusă, prin regulamentele sanitare, carte care prin cuprinsul ei deşteaptă interesul pentru terapeutica naturistă, de altădată, terapeutică spre care ca şi spre doctrinele umorale, ce par a reînvia, se îndreaptă spiritul evolutiv al medicinei actuale.

M. Cânciulescu.

* * *

D-r POMPEI GH. SAMARIAN: **MEDICINA ŞI FARMACIA IN TRECUTUL ROMÂNESC,** 1382—1775. Vol. 442 pagini, Tip. „Moderna" Călăraşi-Ialomiţa, 1935.

Numele D-lui D-r Samarian este cunoscut printre istoriografii medicali români, prin articolele publicate în diferitele reviste de medicină, dar mai ales printr'o frumoasă lucrare: *„Ciuma în trecutul românesc"*, premiată de Academia Română.

Bogata documentare, clasarea materialului, expunerea interesantă şi atrăgătoare în lucrările publicate până acum, lăsau să se bănuiască opera de cadru larg *„Medicina şi farmacia în trecutul Românesc"* pe care o prezentăm azi. A face o expunere istorică a medicinei şi farmaciei pe o perioadă de aproape 100 ani şi încă dela 1382 până la 1775, când materialul istoric este greu de găsit, de cercetat şi de interpretat, însemnează a întreprinde o acţiune pe care numai competinţa, tenacitatea şi dragostea de trecutul medical românesc a D-lui D-r Samarian a putut-o duce la bun sfârşit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intr'adevăr, lucrarea D-lui D-r Pompei Samarian, excelează prin bogăţia materialului cercetat, prin metoda clasării şi prin frumuseţea expunerei.

După o expunere generală privind îndrumarea ideilor medicale, în **prima** parte a lucrării se ocupă de practica medicală, de bărbieri, moaşe, vraci, doctori, hirurgi, operaţii, instrumentaţie chirurgicală, duhovnici, clandestini, lecuitori şi vrăjitori şi diferite credinţe populare în această perioadă de timp. Tot în partea I-a se ocupă de spiţerii şi medicamente.

In **partea II-a şi III-a** a lucrării se ocupă numai de medicina din acele vremi, analizând cunoştiinţele de anatomie şi fiziiologie, cunoştiinţele de igienă, de patologie generală despre boli contagioase, boli interne, boli ale sistemului nervos, boli externe şi medicina veterinară.

Acest capitol se închee cu un manuscris de medicină din anul 1760.

In **Cap. al IV-lea** sunt descrise moravurile, atentatele la moravuri şi jurisdicţia lor.

Cap. V-lea îmbrăţişează chestiunile de medicină legală.

Lucrarea se încheie cu un tablou de bărbieri, vraci, hirurgi, doctori spiţeri, cari au trăit între Români dela 1400—1775 şi cu expunerea bogatei bibliografii consultate, notând şi paginile din lucrarea D-sale în care sunt citate lucrările bibliografice.

Pentru a arăta valoarea lucrării, ce semnalăm, şi interesul pe care-l prezintă pentru medicii sau istoricii doritori să cunoască

trecutul medical românesc, vom cita în întregime prefaţa D-lui Prof. N. Iorga la cartea D-lui D-r Pompei Samarian.

„Nu se poate o strângere de material mai îngrijită decât acea pe care o dă autorul în aceste pagini.

Ele au însă şi un alt folos. Intr'însele, pe lângă medicii din ţară şi de peste hotare, culeşi cu atîta grijă şi dragoste, este şi însăşi înfăţişarea medicinei de odinioară şi în ce priveşte concepţia şi supt raportul metodelor şi tratamentului.

In total e una din cele mai bune lucrări de istorie pe cari le-am avut înainte în ultimii ani şi ea arată cât de mult inteligenţa, răbdarea, bunul simţ şi, mai ales o covîrşitoare iubire pot înlocui migăloasa pregătire în seminarele universitare care uneori seacă inima, fără care nu se poate face nimic bun şi trainic."

I. Rosenstein

* * *

D-r CONSTANTIN STANCA: **CANCERUL UTERIN.** — Din publicaţiile „Institutului Iuliu Maniu pentru studiul şi profilaxia Cancerului.— Cluj 1935.

Lucrarea aceasta este o punere la punct a problemei cancerului uterin, după cum afirmă în cuvânt înainte D-l Profesor Iuliu Moldovan. In prefaţă, autorul arată cât e de necesar o cunoaştere profundă a acestei probleme sociale şi medicale. Ca şef al secţiei gynecologice a Institutului pentru studiul şi profilaxia cancerului a făcut comunicări, în care sunt sistematizate problemele cancerului genital la femei, în special ale cancerului uterin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După ce face **definiţia cancerului,** leziune locală cu aspect al unei boli generale, arată caracterul malign al celulelor canceroase, anarhia celulelor canceroase, ce sunt adevăraţi paraziţi ce nu ţin seama de elementele celulare vecine.

Rezumă **diferitele teorii etiologice,** ca cea embrionară a lui Couherin, cea nucleară a lui Hauseman, a lui Baveri, — ce încrimină cromosomii; apoi teorda endocrină şi rolul anticanceros al thimusului. Atrage atenţia asupra teoriei lui Kuhlenkamff după care numai ţesuturile ce nu sunt normate, ca cel conjunctiv şi epitelial, pot face cancerul

In **etiologia** cancerului uterin autorul crede că labilitatea periodică şi funcţională a organelor genitale la femei, explică frequenţa cancerului ute-,rin, — probabil cancerizarea cicatricelor colului uterin după naşteri favorizează cancerul. Face o **clasificare** a cancerului după gravitate, formă clinică, tabloul histologic şi localizarea topografică. In **studiul clinic** al cancerului, autorul crede că forma vegetantă a cancerului colului uterin se propagă mai încet ca cea esculcerativă. Mai frequent între 40—50 ani şi în pătura socială inferioară, din cauza vieţei nehigienice, depresiuni psihice favorizează desvoltarea cancerului.

Expune clar simptomatologia, corelaţiunea dintre cancerul colului şi organele învecinate şi diagnosticul cancerului colului unde arată că simptome clinice caracteristice, cari să confirme diagnosticul într'un cancer incipient nu

există. Arată valoarea terapeutică a procedeelor lui Wertheim — hysterectomia totală lărgită şi a lui Schauta — hysterectomia vaginală lărgită în extirparea uterului canceros. Iar, când recidivele nu se pot opera, să se aplice razele Roentgen sau Radium. Se vor opera numai cazurile incipiente ale cancerului colului uterin, cele cu metastaze se vor supune Roentgenradioterapiei.

Autorul închee conferinţele cu cancerul corpului uterin, ce e mai rar şi are o evoluţie lentă, — aci insistă asupra examenului microscopic al materialului scos cu cureta, ce poate lămuri diagnosticul. Tratamentul suveran în cancerul corpului uterin este histerectomia totală cu extirparea ambelor anexe.

In această lucrare găsim alături de noţiuni clasice rezultatele lucrărilor celor mai recente; dar ceeace leagă aceste capitole este precizia şi unitatea în metoda de expunere. Cititorul găseşte datele cele mai noi în domeniul cancerului uterin, ca astfel să poată pună un diagnostic precis şi rapid. Putem considera această lucrare ca o operă capitală consacrată acestei chestiuni.

R. Hirsch

* * *

Docent Doctor BISTRICEANU I.: **TUMORILE GLANDELOR TIROIDE ŞI PARATIROIDE. (Guşile simple, exoftalmice, maligne, etc. Studiu histo-patologic).** — O broşură de 44 pagini, cu 25 figuri în text, hârtie velină. — Tipografia Universul, Bucureşti, 1935.

Corpul tiroid şi glandele paratiroide prezintă o importanţă capitală în fiziologia normală şi cea patologică a organismului uman.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Turburările biologice cele mai frecvente şi de un deosebit interes în practica medicală sunt determinate deobiceiu de către diversele tumori ale acestor glande, cele mai multe din ele cunoscute sub eticheta clinică de guşă simplă, guşă bazedoviană, guşă malignă (canceroasă).

Histo-patologia acestor multiple tipuri de tumori tiroidiene oferă încă numeroase discordanţe de opinii şi o nomenclatură variabilă, adeseori în raport numai cu ambiţiile de originalitate ale diferiţilor autori.

D-r B. studiază în prezenta monografie, în mod amănunţit structura microscopică a tuturor tipurilor de guşe, făcând o clasificare a lor în spiritul şcoalei franceze reprezentată prin P. Masson. Expune dificultăţile de diagnostic histologic al guşelor maligne (cancer tiroidian) şi arată importanţa stabilirii lui cât mai precoce, atât de necesar pentru conduita operatorie a chirurgului.

Lucrarea e ilustrată cu numeroase microfotografii originale de câmpuri microscopice de guşe operate şi 15 buletine personale de analize microscopice, cari împreună uşurează mult înţelegerea textului acestui studiu.

Monografia aduce o importanţă contribuţie pentru perfecţionarea cunoştinţelor actuale asupra unui interesant capitol de histo-patologie tumorală, care nu trebuieşte ignorat, mai ales nici de chirurg, a cărui conduită se ştie că e în funcţie şi de rezultatul examenului histologic al glandei ce e chemat să o extirpe.

M. M. R.

Conf. D-r V. TEMPEA şi D-r M. LAZEANU: **MENINGITA OTOGENĂ.** — Raport la al XIII-lea Congr. român de O. R. L. 25—27 Oct. 1935, broşură 52 pag. Bucureşti 1935.

Problema meningitelor otogene interesează deopotrivă pe specialişti ca şi pe practicienii generali; de acei, punerea acestei chestiuni în discuţia recentului congres român de oto-rino-laringologie a fost binevenită.

Raportul D-lor Conf. Tempea şi D-r Lazeanu răspunde în întregime interesului pe care Congresul l-a arătat chestiunei, fiindcă problema meningitelor otogene este înfăţişată din toate punctele de vedere, chestiunea este expusă împreună cu o bogată bibliografie şi discutată prin lumina unei bogata experienţe personale. Raportorii au avut ocazia să studieze numeroase cazuri şi au semnalat încă de mult *„starea premeningitică"* stadiu în care, dacă se intervine asupra bolnavului, se obţin vindecări mai numeroase.

Inainte de a descrie conţinutul raportului ţinem să semnalăm că graţie semnelor precoce depistate şi studiate de raportori şi cuprinse în tabloul simptomatologic al *„stărilor premeningitice"*, raportorii au reuşit să scadă mortalitatea la 60%.

Această cifră, dacă este încă deprimantă pentru resursele noastre medicale de azi, este impresionantă şi înbucurătoare faţă de statistica lui Stewart, care arată 93% mortalitate şi chiar faţă de statistica dată de Neumann de 68%.

Raportul se începe cu un studiu de anatomie al meningelor craniene după cari sunt descrise rapoartele anatomice ale organului otic cu meningele craniene, precum şi căile de infecţiuni. Urmează apoi un capitol de etio-patogenie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din citirea acestor prime două capitole se înţeleg cu uşurinţă modalităţile de inoculare ale meningelor pe patru căi şi anume: prin intermediul labirintului, prin intermediul căiei venoase şi prin intermediul căiei venoase.

Al III-lea capitol cuprinde studiul clinic al meningitelor otogene. Raportorii aduc la acest capitol o bogată contribuţie de cazuri personale şi se ocupă în deosebi de „simptomatologia premeningitică"; In acest stadiu autorii descriu următoarele simptome: cefalee intensă, febră ridicată, vomismente, exagerarea sensibilităţii, durerea retromandibulară la presiune, durerea la introducerea speculum-ului în ureche. In simptomatologia meningitelor otice autorii insistă asupra simptomelor: accelerarea şi neregularitatea pulsului, delir, fotofobie, Kernig, redoarea cefei. In plus, într'un stadiu mai înaintat pot fi observate: paralisii faciale, oculo-motrice, strabism, uneori lecitate, surditate, turburări respiratorii, convulsii hemiplegii.

Ultimul capitol se ocupă de tratament. Autorii accentuează asupra nevoii de a se institui un tratament precoce prin: intervenţie largă tip „Neumann" pentru a îndepărta focarele de infecţie; funcţii lombare zilnice, urmate de injecţiuni cu ser, după caz; de asemenea injecţii intra-rachidiene şi intra-musculare cu urotropină; susţinerea stării generale; în urma rezultatelor bune obţinute, autorii recomandă introducerea abcesului de fixaţie în meningiita otogenă.

I. Rosenstein.

* * *

D-r G. RADULESCU-CALAFAT: **CE ESTE BRUCELLOZA ANIMALĂ ŞI UMANĂ DIN CAPITALĂ,** (Avortul contagios — Bang la bovidee: Febra ondulantă la om). Broşură 15 pag., Ed. „Marvan" 1935 — Bucureşti.

Este încă recentă alarma prin presă despre o aşa zisă *„epidemie de brucelloză"* din Capitală. Din fericire alarma s'a dovedit exagerată, iar cazurile sporadice cari s'au observat, s'au limitat la câteva. Pentru a risipi interpretările greşite, cât şi pentru lămurirea şi liniştirea celor ce consumă lapte, D-l D-r G. Rădulescu-Calafat, în urma cercetărilor întreprinse, expune în această broşură cu toată competinţa această chestiune.

Redăm în întregime interesantele conclusii ale autorului:

a) Brucelloza bovină (avortul contagios) există la vacile de lapte ce aproviziionează Capitala; pe o scară mult mai redusă decât în Occident, dar există.

b) Brucelloza umană (febra ondulantă), fără ca să constituie o epidemie cu simptome şi cu număr de cazuri alarmante, reprezintă totuşi o boală infecţioasă ce există şi la noi, într'un grad dintre cele mai reduse, dar care, putând avea un viitor capriciile ei de virulenţă, merită să i se acorde — şi la noi — atenţiunea unor cercetări amănunţite, pe teren, cercetări ale căror rezultate să fie vulgarizate printr'o publicitate serioasă şi destul de documentată, care să risipească unele alarmări posibile.

Cum în Capitală, în afară de contagiul profesional, transmisiunea indirectă se poate face în primul rând prin lapte, acesta va trebui consumat numai fiert. Contagiunea fiind în funcţiune de condiţiunile de viruleţţă şi de receptivitate (variabile şi uneori imposibil de prevenit), distrugerea germenilor din lapte prin fierbere, se impune.

c) Posibilitatea de infecţiune brucellică, de origină bovină, există deci pentru om. **Dar aceasta nu înseamnă că tot laptele ce se debitează în Capitală este infectat cu microbul acestei boale; după cum nu înseamnă că oricine consumă lapte, trebuie să se îmbolnăvească neapărat,** — chiar dală l-ar consuma crud, — cu atât mai puţin când se ştie că la noi acest preţios aliment **se consumă întotdeauna fiert. Iar dacă arareori o formă** prea **alarmantă, ca la celelalte boale infecto-contagioase.**

Dar, nu-i mai puţin adevărat, că aceasta nu înseamnă că acei ce au răspunderea sănătăţii Capitalei să ignoreze chestiunea şi că trebuie să se ajungă odată la imperioasa convingere că **numai printr'un serviciu sanitar veterinar municipal bine organizat se poate câştiga lupta profilactiică, ce trebue întreprinsă la origină, atât pentru cazurile de brucelloză, cât şi pentru celelalte boale infecţioase, cu mult mai grave, transmisibile dela animale la om.**

M. M. R.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

III.

DIVERSE—INFORMAŢIUNI

Cursurile de perfecţionare dela Sovata

Intre 8—15 Sept. 1935, au avut loc la Sovata, în cadrul Societăţii de Hidrologie şi Climatologie medicală, **primele cursuri de perfecţionare în Balneologie şi Fizioterapie din ţară,** a căror iniţiator şi organizator a fost D-l Prof. D-r MARIUS STURZA.

Hotărirea Societăţii de Hidrologie, de a ţine cursuri de perfecţionare în toamna fiecărui an succesiv, în una din staţiunile balneare mai importante ale ţării, a fost luată la propunerea făcută în şedinţa de toamnă a anului 1934, de către D-l Prof. Sturza, de a face cât mai cunoascute, în rândul medicilor practicieni valorile terapeutice ale staţiunilor noastre balneoclimatice, iar pentru aceasta, modul cel mai potrivit ar fi de a aduna medicii în chiar staţiunile balneare, unde să li se demonstreze eficacitatea balneo-terapiei prin rezultatele obţinute cu apele minerale, aplicate fie pe pacienţi la sursă, sau pe animale de experienţă în laborator.

Reuşita cursurilor dela Sovata, se datoreşte în primul rând modului admirabil în care au fost organizate de către D-l Prof. D-r Sturza, precum şi importanţei subiectelor conferinţelor din program. Au participat în afară de delegaţii oficiali şi de cei 28 conferenţiari, un număr de peste 300 medici, din toate părţile ţării. Marele număr de participanţi a justificat pe deplin necesitatea, pentru ţara noastră, de-a ţine astfel de cursuri cu caracter practic, dovedind că factorii balneari şi fizioterapeutici încep să facă parte tot mai mult din mijloacele de tratament ale medicinei actuale.

Programul a fost astfel întocmit încât toate conferinţele au avut loc înainte de masă, iar timpul de după masă a fost rezervat pentru demonstrarea technicei balneare şi fizioterapeutice. O atenţiune deosebită s'a dat demonstrărei technicei hidroterapeutice, cu atât mai mult, că la Sovata se găseşte cel mai complect institut de hidroterapie din ţară. Cu ocazia cursurilor a fost amenajată o interesantă şi instructivă expoziţie de placate sanitare şi de hărţi balneare, iar ca parte distractivă s'au făcut excursiuni în munţii din apropiere, în localităţile învecinate, iar la sfârşitul cursurilor a fost aranjată o excursie la cheile Bicazului şi la Borsec.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In seria de conferinţe, D-l General VICOL, vorbind despre ogorul nostru balnear, insistă asupra necesităţii de-a organiza staţiunile balneare pe alte baze decât până acum. Unele dintre staţiunile mai importante vor trebui sprijinite de Stat, pentru a se desvolta în staţiuni occidentale, iar cele cu caracter local se vor menţine numai graţie publicului vizitator regional.

O atenţie deosebită s'a dat factorilor balneoterapeutici din Sovata, a căror technică de aplicaţiune s'a demonstrat în mod practic. D-l Prof. STURZA a expus importanţa balneo-terapeutică a lacurilor sărate din Sovata, care au particularitatea de a-şi primi căldura ce poate atinge uneori 55—60° C, în timpul primăverii, dela energia solară. Caracteristica lor o formează infinitul număr de strate de concentraţie şi temperatură crescând dela suprafaţă până la o anumită profunzime, cari acţionând simultan asupra organismului sunt urmate de efecte foarte evidente. Aceste lacuri — heliotermecontează între cei mai energici factori de tratament ce utilizăm în balneo-terapie.

In domeniul patologiei tubului digestiv şi ale glandelor sale anexe — subiecte tratate de conferinţele D-lor Prof. GOIA, HAŢIEGANU, TUDORANU, A. POP şi Doc. NICULESCU — găsesc un teren de indicaţie apele carbogazoase, cloruro-sodice şi alcaline, cari vor putea fi dozate, în modul lor de administrare, după natura chimismului gastric, iar în suferinţele hepato-biliare vom putea face uz, după stadiul maladiei — înafară de intervenţiunile chirurgicale — de puţinele noastre izvoare sulfatate şi chiar sulfuroase.

Un domeniu puţin cunoscut pentru balneoterapie sunt bolile de ochi, susceptibile de tratament balneoclimatic şi fototerapeutic, după cum reiese din conferinţa d-lui Doc. VANCEA.

Maladiile organelor genitale la femei — conferinţa D-lui Prof. GRIGORIU şi a D-lui Conf. CRĂINICEANU, — şi ale sistemului nervos periferic — expuse de D-l Prof. URECHIA şi MINEA —, fie ca nevrite izolate sau polinevrite, pot fi tratate, după ce au trecut de stadiul lor acut, prin agenţii fizici sau prin ape minerale şi nămoluri. La primele din aceste îmbolnăviri se vor obţine rezultate foarte mulţumitoare prin întrebuinţarea de nămoluri cari pe lângă agenţii chimici ce intră în compoziţia lor, mai acţionează şi prin substanţele oestrogene ce le conţin, influenţând funcţiunea ovariană. Unele dintre maladiile cronice ale aparatului respirator vor beneficia mult, după cum a demonstrat D-l D-r POPEA în conferinţa sa, de tratamentul cu ape sulfuroase, alcaline şi cloruro-sodice, aplicate sub formă de inhalaţii şi pulverizaţii, iar pneumatoterapia, va fi urmată de rezultate dintre cele mai mulţumitoare.

D-l D-r RĂDULESCU în conferinţa asupra tuberculozei osteo-articulare, arată că, pe lângă un tratament climatic şi helioterapic, această maladie va fi tratată în unele cazuri, ca o complectare, prin mijloace chirurgicale şi ortopedice, iar reumatismele, problemă de care s'a ocupat D-l Prof. P. NICULESCU, vor resimţi mari şi evidente îmbunătăţiri prin factorii balneari şi climatici ai ţării noastre. In conferinţele lor, D-nii Prof. PARHON şi BALIFF se ocupă de influenţa climatului care se resimte într'un mod foarte accentuat asupra funcţiunii glandelor endocrine, climatul maritim şi de stepă activând în plus secreţiunea endocrină, iar cel de munte, având un efect contrar de diminuare funcţională. Ne vom conduce de metabolismul de bază atunci când vom trimite într'o staţiune balneoclimatică pacienţii noştri sau pe cei consideraţi sănătoşi, să se recreeze.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Igiena apelor minerale — tratată de D-l Prof. Agr. ZOLOG — şi modul de exprimare al analizelor apelor minerale — de D-l Prof. ŞUMULEANU — au format subiectele, puţin cunoscute alor două conferinţe interesante. Apele minerale pe lângă compoziţia lor chimică exprimată în ioni şi vali, trebue să fie controlate şi supraveghiate pentru a nu suferi impurificări, iar captarea şi distribuţia lor, să se facă pe lângă toate măsurile de precauţiune, menţinând nealterată compoziţia şi proprietăţile lor terapeutice. De domeniul fizioterapiei. ţin indicaţiunile terapeutice ale helioterapiei, de care s'a ocupat D-l Doc. HURMUZACHE, roentgen-terapia tratată de D-l D-r MELLER şi ultimele aplicaţiuni ale electro-terapiei sub formă de unde scurte şi ultra scurte, descrise de D-l Doc. BISTRICEANU. Oarecum pe cale fizicală acţionează şi apele radioactive, de-a căror acţiune s'a ocupat D-l Prof. MICHAILESCU cari prin modificările biologice şi de metabolism ce produc, acţionează în mod vindecător asupra unei serii întregi de maladii şi turburări.

Turburările de desvoltare şi maladiile din epoca copilăriei, pe cari le-a tratat D-l Prof. POPOVICIU, vor beneficia într'o mare măsură de balneoterapie şi mai mult de climato-terapie, complectată prin cura de soare cu deosebire în climatul marin. Este neapărată nevoe, după cum a arătat D-l Doc. SLOBOZIANU datorit domesticaţiei şi urbanismului de azi, să trimitem copiii, măcar în decursul vacanţelor de vară la schimbare de climat.

După toate tratamentele balneare survin turburări subiective şi uneori obiective, manifestate ca exacerbări a fenomenelor locale ale maladiei ce tratăm, cunoscute sub numele de criză de cură. Criza de cură, descrisă de D-l Doc. DANIEL, dacă, uneori nu se poate evita, manifestarea ei poate să fie redusă la o intensitate puţin resimţită de bolnav prin dozarea agenţilor balneo-terapeutici ce aplicăm.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca ultimă problemă tratată de către D-l D-r TELIA la Sovata, a fost examenul medical al sportivilor. Astăzi, când sportul este în plin avânt de desvoltare, va trebui să ne formăm medici specializaţi numai în acest domeniu cari să ştie indica pentru fiecare tip de constituţie, sportul cel mai potrivit.

Intr'un mod rezumativ, acestea au fost problemele cari au format subiectul conferinţelor dela Sovata. Atenţiunea şi interesul cu care participanţii au frecventat cursurile, arată cât de necesară a fost organizarea lor şi în ce mare măsură interesează problemele balneo-terapeutice.

D-r Morariu Eugen

* * *

O Vizită la Institutul de boale mintale nervoase şi endocrinologice din Bucureşti

In dimineaţa zilei de 2 Oct. a. c., D-l Docent D-r M. CÂNCIULESCU, Directorul revistei „Mişcarea Medicală Română" din Craiova, a vizitat Institutul Central de boale mintale şi nervoase din Bucureşti; condus fiind de D-l D-r Paulian D., Directorul Spitalului, a vizitat cu amănunţime diferitele servicii spitaliceşti, precum şi întreaga gospodărie.

In deosebi a rămas plăcut impresionat de organizaţia serviciului neurologic de sub conducerea D-lui D-r D. PAULIAN, medic Primar, unde a avut prilejul să aprecieze îngrijirea deosebită ce se dă bolnavilor nu numai din

punct de vedere strict al specialităţei, dar chiar şi al medicinei generale, căci D-l Doctor Paulian, consideră specialitatea neurologiei ca o variantă a medicinei generale. In acest serviciu şi în fiecare pavilion de bărbaţi şi femei există toate instalaţiunile necesare pentru fizioterapie, precum şi aparate speciale pentru chronaxie, metabolism bazal şi ultra scurte.

Serviciul neurologic are un laborator special, al cărui personal nu este însă bugetar, precum şi un muzeu de anatomie patologică. In afară de piese unice reprezentând în special tumorile cerebrale şi hemoragiile cerebrale, există aci şi piese artistice în bronz şi mulajii în gips, reprezentând diferite sindrome neurologice.

Fiecare bolnav este fotografiat şi filmat aşa că, aproape întreaga patologie nervoasă este reprezentată sub forme de filme cinematografice didactice.

Laboratorul serviciului neurologic are două secţiuni: una de chimie biologică, alta de anatomie patologică.

Sub conducerea D-lui D-r D. Paulian, D-l D-r Cânciulescu a vizitat bucătăria spitalului, băile, atelierele, pavilionul morgei cu laboratoarele şi capela nou aranjată, precum şi ferma şi porcăria Spitalului unde a admirat noile amenajări în beton armat pentru aceste animale.

Fiecare serviciu psihiatric este înconjurat de grădini, drumurile din interiorul Spitalului pietruite şi amenajate din nou. A mai vizitat noul pavilion al centrului de malarioterapie, precum şi noile construcţiuni pentru locuinţele personalului administrativ.

M. M. R.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Darea de seamă asupra congresului societăţii medicilor amici ai vinurilor din Franţa*)

Infiinţarea unei astfel de societăţi în România.

In Franţa există o „societate a medicilor amici ai vinului", care în zilele de 7, 8 şi 9 Septembrie 1933, a ţinut la Bordeaux, **I-iul Congres Naţional** sub preşidenţia profesorului D-r Portman dela Facultatea de Mecină din Bordeaux.

In discursul ţinut la deschiderea acestui Congres, Prof. Portman spune:

„Sforţarea făcută de către medicii amici ai vinurilor din Franţa", e cunoscută dincolo de frontiere şi dovada cea mai bună e prezenţa aci a Profesorilor Baglioni din Roma; Ugo Camera din Turin; Alesco din Turin. Profesorul Baglioni, titularul catedrei de fiziologie dela Facultatea de Medicină din Roma, e în acelaş timp preşedintele „Comitetului medical internaţional de apărare a vinului".

„Profesorul Baglioni este una din cele mai frumoase figuri ale ştiinţei italiene moderne. Cunoscut în lumea întreagă prin lucrările sale de fiziologie, el nu s'a gândit că apărarea vinului ar fi nedemnă de meritele sale şi cu tot sufletul, cu toate calităţile sale imense de savant, cu toată energia de om de acţiune, luptă împreună cu noi şi înaintea noastră".

„Ieri încă Profesorul Baglioni îmi spunea că i-a trebuit mult curaj, ca faţă de poziţiunea sa ştiinţifică eminentă, să ia apărarea vinului, căci şi în Italia, ca şi în Franţa, o parte a corpului medical este încă inamicul acestei băuturi eminente, sănătoasă şi folositoare organismului".

*) Comunicare primită prin Asoc. G-rală a Medicilor din România.

La acest Congres s'au făcut un număr de 13 comunicări, din care citez: 1) Intrebuinţarea vinurilor naturale generoase la prepararea vinurilor medicinale; 2) Proprietăţile fiziologice ale vinului; 3) Vinul şi apetitul; 4) Vinul în alimentarea copilului; 5) Recomandarea vinului în regimul alimentar al rheumatismelor cronice, deformante şi progresive; 6) Rolul phylactic al vinului; 7) Consumaţia vinului şi longevitatea, etc.

Intre 25 şi 28 Octombrie 1934, Societatea medicilor amici ai vinurilor din Franţa a ţinut la Bèziers şi Montpellier al **II-lea Congres Naţional**, la care au fost invitaţi şi delegaţi ai diferitelor state ale Europei. Din România am participat eu ca delegat al Ministerului Agriculturii.

In acest al doilea Congres s'au făcut un mare număr de comunicări din care citez: 1) Vinul în alimentarea copilului; 2) Vinul în terapeutica boalelor copilului; 3) Influenţa vinului asupra activităţii fermenţilor digestivi in vitro; 4) Cura de struguri; 5) Vinurile de Gaillac în medicină; 6) Noua industrie a musturilor de struguri şi terapeutica umană; 7) Metoda raţională de preparare a mustului de struguri; 8) Valoarea medicinală a vinului de Banylus; 9) Proect al unui Codex oenotherapic; 10) Banylus un mare vin al Franţei; 11) Valoarea antiseptică a vinului; 12) Vinul în tuberculoza pulmonară; 13) Vinul şi igiena alimentară; 14) Mustul de struguri şi alăptarea; 15) Radioactivitatea vinurilor din Franţa; 16) Vitaminele, mustul de struguri şi vinurile; 17) Profilaxia alcoolismului prin vin; 18) Asupra valorii vinului în medicină; 19) Valoarea ordinară; 20) Vinul ca purtător de vitamine în alimentaţia ordinară; 21) Intrebuinţările medicale ale vinului şi a strugurilor în Bulgaria; 22) Vinul şi medicii din veacul al XVII-lea; 23) Notă asupra valorii bioenergetice a vinului; 24) Fenomenele sensoriale în degustarea vinurilor; 25) Acţiunea vinului asupra echilibrului glycemic; 26) Eczema şi ameţeala băuturilor de apă; 27) Curele uvo-thermale; 28) Curele uvale şi curele uvo-thermale în tratamentul rheumatismelor cronice. Cura uvală aditivă şi cura uvală substitutică; 29) Produse noi, derivaţi ai strugurelui; 30) Vinul în perioada postoperatorie; 31) Intrebuinţarea therapeutică a acţiunilor complimentare a curei uvale şi tratamentul hydro-mineral la Aulus, etc., etc.

Toate broşurile în care s'au tipărit aceste comunicări se află depuse la Biroul Asociaţiei Generale a Medicilor.

Raportul ce l'am înaintat Onor. Minister al Agriculturii la 6 Noembrie 1934, cu privire la acest Congres, se sfârşeşte astfel: Ceeace este de interes în Franţa este, desigur, de interes şi în România, socotită ca a patra ţară producătoare de vin din Europa. Se impune deci, ca Ministerele direct interesate, Ministerul Agriculturii şi Ministerul Sănătăţii, să ia iniţiativa organizării unei mişcări similare şi la noi.

„E drept că la noi munca va fi mai grea, căci avem de luptat în contra: 1) plantării de producători direcţi; 2) a falşificărilor ce se practică pe o scară întinsă, şi 3) pentru a se ajunge la standardizarea absolut indispensabilă unui comerţ serios de vinuri".

„Impulsul dat de Franţa tinde să se generalizeze. Astfel ţări ca Grecia, Bulgaria, etc., au şi format organizaţii de propagandă; iar pentru luna August 1935, s'a fixat la Laussane, ţinerea Congresului Internaţional al vinului, unde ar fi de dorit ca şi noi să ne prezentăm bine organizaţi.

Domnilor Membri,

Am ţinut să vă aduc la cunoştinţa Domniilor Voastre lucrările Congresului Societăţii Medicilor amici ai Vinurilor din Franţa, spre a medita dacă nu e cazul, ca şi ţara noastră, care este socotită ca a patra ţară producătoare de vin din Europa, d-nii medici să imite exemplul Franţei, precum şi a celorlalte ţări producătoare de vin, **formând o Societate a Medicilor amici al Vinurilor din România.**

Dar, până la constituirea unei astfel de societăţi, deocamdată, vă prezint o invitaţie la primul Congres Internaţional al medicilor amici ai vinului, care va avea loc la Lausanne, între 26—31 August 1936.

Iată circulara secretarului acestui congres:

Dela 20—31 August 1935, trebue să se ţină la Lausanne, în sălile Facultăţii de Medicină a Universităţii (Palatul Rumine), primul Congres Internaţional al Medicilor amici ai Vinului.

Acest Congres se va ţine sub preşidenţia Profesorului Portman, Preşedintele Asociaţiunii Medicilor amici ai Vinului din Franţa şi senator.

Acest Congres va cuprinde trei zile de şedinţe, urmate de trei zile de excursiuni.

In ce priveşte comunicările, ele vor fi relative la calităţile alimentare, igienice şi therapeutice ale vinului. Este necesar a se arăta corpului medical şi publicului, prin lucrări experimentale şi observaţiuni clinice, locul pe care trebue să-l ocupe vinul în alimentaţiunea raţională a omului sănătos şi pe de altă parte care sunt indicaţiunile şi contra-indicaţiunile consumării vinului de către oamenii bolnavi.

Cercurile ştiinţifice nu trebue să neglijeze nici valoarea socială a consumării vinului. căci, după nereuşita prohibiţiunilor parţiale sau totale, această consumare rămâne mijlocul cel mai sigur pentru a lupta cu eficacitate în contra relelor pricinuite de alcoolism. Noi ne vom întruni la Lausanne pentru ca, departe de orice preocupare economică, să discutăm în plan strict ştiinţific, între medici.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Următoarele 3 chestiuni vor forma obiectul câte unui raport, urmat de discuţiuni:

Vitaminele vinului, de Profesorul Baglioni (Roma);

Vinul în maladiile nutriţiunii, de D-r Weissenbach, medic al Spitalului din Paris;

Vinul în Psychiatrie, de D-r Anglade din Bordeaux şi Profesorul Riser din Toulouse.

In plus se va rezerva o şedinţă pentru comunicări în afară de rapoarte.

Adesiunile se vor adresa D-lui Douarche, Directorul Oficiului Internaţional al Vinului, 1, Place du Palais-Bourbon, Paris (VII-e).

Prof. C. Şumuleanu.

* * *

Populaţia României pe naţionalităţi

D-l D-r G. BANU, publică în Revista de Igienă Socială No. 10/1935, un interesant şi documentat articol asupra *„Populaţiei României pe naţionalităţi"* şi ajunge la următoarele conclusiuni:

Trei provincii româneşti prezintă elementul etnic român în mare ma-

joritate (Oltenia 97,5%, Muntenia 93,5%, Moldova 89,8%). Patru alte provincii prezintă populaţie pur românească în majoritate (Crişana—Maramureş 60,7%, Basarabia 56,2%, Transilvania 57,6%, Banatul 54,4%). Numai în două provincii (Dobrogea şi Bucovina), elementul etnic românesc se găseşte în majoritate relativă, adică, neîntrecând procentul totalităţii elementelor minoritare, rămâne totuşi superior numeric fiecărei minorităţi considerată separat.

Din punct de vedere al mediului rural, trei provincii au elementul etnic românesc în mare majoritate (Oltenia cu 98,6%, Muntenia cu 97,8% şi Moldova cu 95,9%); patru alte provincii sunt populate de români în majoritate (Basarabia 59,9%, Transilvania 61,8%, Banatul 58,6% şi Crişana-Maramureş 67,6%); Dobrogea (41,6%) şi Bucovina (48,7%), prezintă în cadrul populaţiei rurale, elementul românesc în majoritate relativă.

Din punct de vedere al situaţiei în mediu urban, aceleaşi 3 provincii prezintă în oraşele lor elementul etnic românesc în mare majoritate (Oltenia 92%, Muntenia 82,6%, Moldova 70,8%). In oraşele din Dobrogea elementul românesc rămâne majoritar (52,4%). Toate celelalte provincii prezintă din punct de vedere al populaţiei urbane majoritatea relativă.

Perspectivele viitorului arată o situaţie net favorabilă, dat fiind că în ultimii 20 ani, excedentul natural al populaţiei româneşti merge crescând în mod apreciabil în timp ce excedentul minorităţilor scade sau este staţionar.

Viitorul demografic pentru grupul etnic românesc se prezintă într'o lumină deosebit de bună.

I. Rosenstein

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Studii de Eugenie şi Biopolitică

Găsim în *Buletinul de Eugenie şi Biopolitică*/1935, dela Cluj, de sub direcţia D-lui Prof. D-r I. Moldovanu, următoarele interesante articole:

D-ri M. ZOLOG, P. RÂMNEANŢU şi I. PRODAN: **Rezultatul vaccinării cu B. C. G. în plasa sanitară model Gilău.** — Extr. din Bull. eugenic 1935.

In 11 comune din plasa sanitară model Gilău dela 15 Maiu 1931—1 Maiu 1935, mortalitatea copiilor vaccinaţi a fost 63,96‰ faţă de 111,08% nevaccinaţi; — mortalitatea infantilă a scăzut la 14,4%; atribue această scădere a mortalităţei vaccinului B. C. G. cât şi a activităţei sanitare; — acţiunea B. C. G. este specifică, şi nespecifică.

Autorii sunt de părere că vaccinul B. C. G. să fie încredinţat exclusiv surorilor de ocrotire; se vor distribui copiii în grupe de vârstă de 3 luni;

Vaccinarea cu B. C. G. să fie încadrată într'un unic program general de vaccinare preventivă.

R. H.

* * *

D-ri PETRE RĂMNEANȚU și PETRU DAVID: **Cercetări asupra originii etnice a populației din Sud-estul Transilvaniei pe baza compoziției serologice a sângelui.** — Extras din Bul. eugenic vol. VI, 1935, No. 1—2, 3).

Monografie ce trebuie citită de cei ce doresc a cunoaște origina etnică a neamurilor; lucrare complectă ce arată din punct de vedere biologic continuitatea elementului daco-roman în Transilvania.

După ce fac peste 20.092 analize sero-biologice găsesc că proporțiile grupelor sanguine ale românilor din Sud-estul Transilvaniei sunt intermediare între ale românilor transilvăneni și ale românilor moldoveni. Statistic nu diferă de acestea; — Săcuii din județele Ciuc, Odorheiu și Trei Scaune, în general au aceiași origine etno-antropologică ca și românii. Rezultatele obținute în 26 comune au câmpul de variație mai mare decât cel observat la români, influența neamurilor străine asupra fonduluii daco-roman fiind mai accentuată. In partea centrală a județului Odorheiu datorită așezării ungurilor-săeni într'un grup mai compact, influența mongoloidă este evidentă; în unele comune de exemplu Luetu compoziția sanguină se apropie de a ungurilor din alte regiuni.

Nu există asemănare între proporțiile grupelor sanguine ale românilor cari vorbesc limba maghiară și între ale ungurilor, bulgarilor și finilor; — Ungurii din județul Mureș au aproape aceiași compoziție sanguină ca și ungurii de la Debrețin sau din Sudul Ungariei. Au proprietatea europeană mai urcată ca cea asiatică, deci sunt foarte mulți români maghiarizați.

Sașii au indicele sanguin cu ale fraților lor de acasă. Țiganii din sud-estul Transilvaniei au compoziția sanguină a popoarelor din extremul orient, sunt mai europenizați de cât țiganii de la sate.

Biblioteca Universitatii "Babeș-Bolyai" University Library Cluj

R. H.

* * *

D-ri PETRE RĂMNEȚEANU și GHEORGHE SELEGIANU: **Deosebiri și asemănări în statura și perimetrul toracic a 48.172 de recruți de neam diferit din județul Timiș-Torontal.** — Extras din Bul. eugenic vol. VI, No. 4—5—6—1935.

Lucrare interesantă, care rezolvă o problemă importantă din punct de vedere a sănătății publice. După ce fac măsurătorile tinerilor din contigentele 1920—1933, referitoare la statură și perimetrul toracic ajung la concluzia: în ceeace privește statura, românii, nemții, ungurii, sârbii, țiganii și evreii din jud. Timiș-Torontal se deosebesc semnificativ între ei fiecare din aceste neamuri exceptând ungurii, au valorile staturii identice cu ale conaționalilor lor din alte regiuni. Ungurii au o statură mai înaltă de cât a fraților din pusta Ungariei, probabil din cauza maghiarizărei șvabilor.

Perimetrul toracic în cursul anilor 1920—1932 al tuturor recruților români și nemți a prezentat oare-care urcări.

Cred că aceste două neamuri și-au urcat vigoarea fizică. Ungurii au suferit în acest tim o reducere a staturei și a perimetrului toracic.

Sârbii au pierdut din statură și au câștigat în perimetrul toracic. Autorii continuă cercetările.

R. H.

* * *

CĂRȚI STRĂINE

D-ri RENÉ FRANQUET et B. GINSBOURGH: **Abrégé de Pathologie Expérimentale.** — Vigot Frères, édit. Paris, 1936. — vol. 400 pag. Prix 30 fr.

In **Prefață,** Noel Fiessinger arată importanța medicinei experimentale ce este un fel de a gândi, e un sport de a se antrena în vastele probleme ale medicinei. Autorii, în **Cuvânt înainte,** explică ce fel au adăugat la notele lor de fiziologie patologică o notă clinică simplă și cer studenților să complecteze cercetările lor. In **Cap. I** tratează despre imunitate, virulență, toxinogeneză, infecțiuni, boale infecțiose; în **Cap. II:** choc, anafilaxie, alergie și intoleranță; — în **Cap. III** expune boalele infecțioase experimentale, cancerul experimental, infecțiuni cauzate de micrococi, de bacterii, bacili, coynbacterii, ciuperci, spirochetoze, protozoare, virusuri filtrante și cancer experimental; — în **Cap. IV** arată intoxicațiile experimentale: cu oxid de cărbune, nitrat de uran, mercur, bismut, plumb, fosfor, arsenic, aur, alcool, etc.; — în **Cap. V** tratează despre marile sindrome experimentale, anestezie, edeme, echilibrul acid bazic, ph., vitamine, metabolism bazal, glycozurii; — în **Cap. VI** despre sistemul nervos; — în **Cap. VII** expune circulația, sângele; — în **Cap. VIII** respirația; — în **Cap. IX** tubul digestiv; — **Cap. X** e consacrat endocrinologiei, metodei interferometrice, iar din relațiile fiziologice glandulare cu secreție interne, înțelegem multiplicitatea simpomelor clinice. La fiecare glandă autorii fac o notă anatomo-histologică ca să se poată înțelege mai bine fizio-patologia glandelor endocrine. Autorii în **Cap. XI,** termină cu rinichiul, marile experiențe făcute asupra rinichiiului, exploratia renală a marelor syndrome albuminurie azoume; — **Cap. XII** este consacrat agenților fizici, gazelor asfixiante, curenților electrici și razelor X, radiului.

O bibliografie bogată complectează acest volum. Această înșirare monotonă a subiectelor tratate nu explică ce idei profunde și juste, ce concepții reflectate, noțiuni noui magistral expuse găsește cititorul acestui volum. O critică a diferitelor chestiuni tratate, arată complexitatea reală a problemelor de medicină experimentală. Alături de noțiuni clasice, găsim rezultatele lucrărilor celor mai recente. Această lucrare e menită a răspândi gustul studiului biologic printre medici, ea umple o lacună și e necesară oricărui cercetător, care experimentează în domeniul vast al fizio-patologiei și medicinei experimentale.

M. M. R.

Digitized by Central University Library, Cluj