ANUL X-lea, No. 3—4. MARTIE - APRILIE 1937.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

I.

Pag.

Cronica medicală română 165

Prof. D-r P. NICULESCU-Iaşi: PRODUCTIA STIINTIFICA A CLINICILOR MEDICALE ROMÂNESTI 173

Doc. D-r GH. NICULESCU şi D-r M. STĂNESCU: REVISTA TERAPEUTICA ANUALA (1 IANUARIE 1936 - 31 DECEMBRIE 1936) 186

Doc. D-r I. ŢEŢU: INDICATIILE MEDICO CHIRURGICALE ALE TRACHEO-BRONCHO-SCOPIEI 198

II.

LUCRARI ORIGINALE

Prof. D-r N. MINOVICI: CU PRIVIRE LA DEONTOLOGIA MEDICALA . . . 211

SERGIU BĂCESCU: UN ACCIDENT NOU SI RAR, PRODUS DE TERAPIA CU PREPARAT BISMUTIC COLOIDAL SI BISMUT HIDROSOLUBIL 216

SERGIU I. BACESCU şi LUCIAN DEMETRESCU: UN ACCIDENT PRODUS DE INJECTIUNI CU ACETILARSAN NEINTÂLNIT PÂNA ACUM IN TERAPEUTICA CU PREPARATE ARSENICALE PENTAVALENTE 220

POLDY BRAUNSTEIN: SEMNELE DE ACTIVITATE ALE UNEI LESIUNI PULMONARE TUBERCULOASE 223

C. DOLJAN: L'ANGIOTONIE, ENTITÉ CLINIQUE 236

TR. FOREANU: PTOZA GASTRICA SI CENTURA LOCUITORILOR DE LA MUNTE 250

CONSTANŢA IONESCU şi COSTIN RADIAN: ERUPTIA VICIOASĂ A DINTILOR 254

TRAIAN KATZ-Galaţi: PERICOLUL INTREBUINŢARII SUBSTANŢELOR ULEIOASE IN URETRA SI REFLUXUL URETRO-VENOS 261

DAN E. MOUCHA: ORCHITA PRIN EFORT (DIAGNOSTIC DIFERENTIAL CU AFECTIUNILE GLANDEI GENITALE, IN RELATIE CU EFORTUL). 272

MARIUS I. PARASCHIVESCU: CÂTEVA DATE SI CONSIDERATIUNI ASUPRA UNEI FORME ATIPICE DE BOALA SERULUI 279

(Urmare pag. 2 cop.)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

46.682. SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

GH. POLATOS şi TIBERIU CIPAU: CONTRIBUTIUNI LA STUDIUL CONTAGIUNII TUBERCULOZEI 286

D-r ROIBAŞI PAUL: ASPECTUL TUBERCULOZEI PULMONARE IN TÎNUTUL CARBONIFER DIN VALEA-JIULUI 292

III.

FAPTE CLINICE

DEM. PAULIAN şi MIRCEA CÂRDAŞ: ENCEFALITA POSTRUGEOLICA . 297

MAREŞ CAHANE şi TATIANA CAHANE: STUDIU ANATOMO-CLINIC AL UNUI CAZ DE INFANTILISM CE PREZINTA SIMPTOME COREICE SI O PARAPLEGIE FLASCA 300

CONST. EFTIMIE şi ŞTEFAN MARIN: CONSIDERATIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE CHIST HIDATIC MUSCULAR 306

EUGEN HERSKOVITS: IMPORTANTA RADIOGRAFIEI PULMONARE IN ASPIRATIA CORPURILOR STREINE CU GREUTATE MOLECULARA MICA, IN LEGATURA CU UN CAZ 308

CONSTANŢA IONESCU: CONSIDERATIUNI ASUPRA TUMORILOR MIXTE ALE PAROTIDEI IN LEGATURA CU UN CAZ PERSONAL 311

S. H. MAKELARIE: TURBURARI MINTALE DE TIP CONFUZIVO-SCIZOFRENIC DISPARUTE DUPE INTERVENTIE PENTRU CALCUL VEZICAL 315

IV.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Relaţiile anatomo-clinice în maladia lui Basedow, adenom toxic şi tumorile maligne ale corpului tiroid de Doc. D-r G. Stoia 319

Al II-lea curs practic de reîmprospătare şi de technică operatorie Oto-Rino-Laringologică 320

Al VI-lea Congres Francez de Gynecologie. Facultatea de Medicină din Toulouse (15-18 Mai 1937) 321

Congresul internaţional de medicină şi farmacie militare 323

V.

TABLA ALFABETICA A PUBL. LABORATOARELOR FARMACEUTICE . II

Cluj / Central University Library Cluj

Abonament anual 250 lei

Redacţia şi Administraţia:
„Mişcarea Medicală Română"
Str. Sf-ţi Arhangheli, 9
Craiova

CRONICA MEDICALĂ ROMÂNĂ.

Marele Consiliu medical al Asoc. G-rale a medicilor din România.

Această adunare reprezentativă a corpului medical românesc, care pe drept cuvânt a putut fi socotită ca un „**Parlament medical românesc**", a avut loc în zilele de 28 şi 29 Noembrie 1936.

O atare reprezentanţă era prevăzută în statutele Asociaţiei, dar nu a fost convocată niciodată; revine acest mare merit actualului preşedinte al Asoc., D-l Prof. P. Tomescu, care s-a dovedit în scurt timp a fi un mare realizator în domeniul practicei medicale de stat şi particulare, în suferinţă la noi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

A avea intuiţia necesară a marilor probleme şi a mobiliza toate mijloacele practice în vederea deslegării lor, — totul într'un cadru căruia demnitatea şi solemnitatea să nu lipsească, — iată ce se cere unui adevărat conducător; şi actualul preşedinte al Asociaţiei se dovedeşte a avea aceste calităţi.

Compunerea acestui parlament medical, care poate la un moment dat să întrunească personalităţi medicale din toată ţara, îi conferă un caracter de reprezentanţă generală, aşa cum se cuvine expresiunei unei corporaţii; — iar alegerea membrilor lui se face după criterii altele decât acelea practicate în celălalt parlament; posibilitatea selecţionării fiind astfel asigurată pentru cei aleşi, cari vor fi „primi inter pares".

In cazul de faţă, pentru un început, realizările au întrecut toate speranţele.

Rezultatele practice nu se vor arăta, desigur, imediat, dar va trebui a se reveni asupra problemelor, a le adânci, a le ţine la ordinea zilei până când se vor impune atenţiei conducătorilor noştri politici, cari, solicitaţi de diversele nevoi în stat, neglijează sănătatea naţiunei, precum câte un om de nădejde îşi sacrifică propria lui sănătate în exercitarea datoriilor sale.

Să nu se întrunească acest parlament în sesiuni prea dese, pentru-ca să nu i se banalizeze importanţa şi mai ales până nu i se vor remedia slăbiciunile.

Să se dea mai mare importanţă desbaterilor, căci din discuţii ese mai multă lumină, rapoartele fiind împărţite dela început membrilor participanţi, aşa cum au cerut eu prin adresă oficială *Onor.* biurou central; se vor evita

astfel repetiţiile, aci şi acasă, în centrele filialelor, problema fiind dela început expusă în aspectul ei general; iar membrii să-şi exprime părerile, propunerile, în scris, cât mai scurt.

Ca să se câştige timp, căci şedinţele sunt restrânse, mă gândesc, măcar ca o inovaţie în materie, dacă n-ar fi bine să se suprime alocuţiunile diferiţilor reprezentanţi din sânul sau din afara corporaţiei, socotind între aceştia pe cei ai autorităţilor erarhice, cari trecând peste ce n-au făcut în trecut, pun veşnic înainte ce au de gând să facă în viitor.

Expunerea datelor problemelor la ordinea zilei, o poate face în partea I a raportului sau raportorul anume însărcinat, care în partea II-a va cuprinde concluziunile sale.

Concluziunile acestea după ce au fost desbătute în sânul Comitetului, să fie larg supuse discuţiilor în timpul şedinţelor; să se ţină seamă de propunerile ce se vor face şi rapoartele amendate, la nevoe, să fie supuse într'o şedinţă sau chiar într'o sesiune viitoare aprobării; iar nu la sfârşitul aceleaşi şedinţe încărcate să se dea aprobarea, descărcarea şi să prezinte felicitările călduroase, de care raportorul este asigurat mai dinainte, după vechile practice parlamentare, chiar dacă nu va mai lua cuvântul în replica, în care nu va face decât să rediteze în definitiv discursul dela început.

Ca să se câştige timp, căci şi timpul desbaterilor este limitat, şi pe medici îi aşteaptă nevoile şi bolnavii de-acasă, ar fi iarăşi bine ca medicii parlamentari cari iau loc de drept printre noii lor colegi, atât de neexperimentaţi în materie de parlament, să nu vorbească de loc; să se mărginească să asculte, să ia note de cari să-şi aducă aminte în parlamentul lor şi să vină la anul dacă soarta nu le va deveni potrivnică, ca să spună ce acţiune au dus, în interval, în susţinerea doleanţelor corpului de ale cărui atribute s-au prevalat în primul rând când au solicitat votul concetăţenilor lor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ar reuşi astfel, în chiar interesul lor, să crească în stima propriului lor partid pe terenul medical, de pe care au fost culeşi de clubul respectiv; iar marea masă a medicilor ar putea vedea în ei, indiferent de partidul din care fac parte, pe unul de-al lor, în stare să le sară în ajutor, convins şi desinteresat, atunci când sunt vătămaţi în drepturile lor; şi aceşti apărători din oficiu şi-ar îndeplini mai ales mandatul în faţa autorităţilor medicale erarhice, dela diferitele departamente în stat, dar mai ales dela departamentul sănătăţii publice, ale cărui articulaţii administrative funcţionează defectuos.

Şi cu toate acestea, nu dela aceşti parlamentari medici, politiciani şi politicianizaţi, se poate aştepta corpul medical românesc la reforme adânci, ci dela medici parlamentari anume trimeşi în parlament de către ai lor.

In ceeace priveşte rapoartele asupra problemelor puse la ordinea zilei, vom da toată atenţia cuvenită aceluia susţinut de autorizatul în materie, inspector general sanitar dela Sibiu, D-l D-r I. Stoichiţa, care cu privire la **Organizarea Sanitară rurală** propune următoarele soluţiuni: fiecare comună rurală să aibe cel puţin o moaşe diplomată, cu toată pregătirea necesară din domeniul medicinei generale, obstetricei şi puericulturei; — să se menţină medicul de circumscripţie rurală de până acum, cu atribuţii mixte curative şi preventive, dar să li se sporească numărul prin reducerea circumscripţiei la maximum 8000 locuitori; — şi unora şi altora să li se asigure o salarizare corespunzătoare, dându-li-se posibilitatea să facă clientelă particulară, care mai de grabă aduce pe bolnav la medic; — medicul de plasă să aibă la dis-

poziţie o Casă de Sănătate sau Casă de Ocrotire (actualul dispensar) cu cameră de aşteptare, cameră de consultare, cameră pentru sugaci şi copii mici, bae duş şi o bucătărie demonstrativă; şi să fie ajutat de cel puţin o soră de ocrotire şi un agent sanitar, care să nu mai facă el pe medicul satului, ci să fie un conducător tecnic priceput în chestiunile de sanitaţie (salubritate publică, construcţiuni de fântână, de closete, etc). şi de combatere a epidemiilor (isolări, desinfectări, transport de bolnavi); — mai multe circumscripţii sanitare să formeze o plasă sanitară, de circa 50—60.000 locuitori, care să fie condusă de câte un medic higienist şi să aibă la dispoziţie o casă de sănătate mai complectă, un Centru de Sănătate, în care să existe şi o sală de naştere sau pentru mici intervenţii chirurgicale (la dispoziţia medicilor de circumscripţie rurală respective), un aparat Röntgen, laborator, etc., medic higienist care să fie şeful erarhic al medicilor de circumscripţie rurală din plasa sa sanitară, să nu facă clientelă particulară (dar să fie cu atât mai bine salarizat), în judeţele mari să se creeze un post de higienist, care să fie ajutorul direct al medicului primar de judeţ, care să rămână conducătorul tecnic şi administrativ al întregului serviciu sanitar din judeţ, medicul higienist fiind epidemiologistul judeţului; — în fiecare judeţ să se mai creeze câte post de medic permanent specialisat în puericultură şi ftiziologie, care să aibă în atribuţiunile lor anume combaterea mortalităţii infantile şi de tuberculoză, să dea consultaţii ambulatorii, să poată face pneumotorace, etc.; — să se poată angaja ca diurnişti şi alţi medici din domeniul altor specialităţi; — internarea bolnavilor să se facă în spitalele centrale judeţene, prevăzute cu toate serviciile de specialitate, bolnavii putând fi transportaţi cu autovehiculele Salvării, care va funcţiona în fiecare capitală de judeţ; — să se creeze laboratorii mari centrale în fiecare capitală de judeţ sau pe lângă spitalele mari;—tuberculoşii să se interneze în anume sanatorii şi în secţiile-sanator de pe lângă spitale; predispuşii în preventoriul judeţean; — se mai preconizează înfiinţarea Eforiei sanitare judeţene (actualul Ministru al Sănătăţii publice a înfiinţat „pe hârtie" Eforii pe lângă fiecare spital, în timp ce a desfiinţat „în fapt" Consiliile medicale, compuse din toţi medicii primari ai spitalului, Consiliu care el, potrivit art. 114 modificat de însuşi actualul ministru, trebue să conducă spitalul, iar nu unul singur, directorul, care trebue să fie alesul consiliului iar nu prepusul ministrului); — pentru asigurarea fondurilor necesare se mai propune pe lângă actualele mijloace budgetare instituirea unei contribuţii de cel puţin 5% asupra budgetelor ordinare ale comunelor şi judeţelor.

Am reprodus integral conclusiunile acestui raport menit să pună pe adevăratele ei temelii organizaţia noastră sanitară rurală. Ele au fost aprobate în unanimitate de membrii Consiliului.

Observăm că raportul propune crearea surorilor de caritate, a medicilor higienişti şi a plăşilor sanitare, adică tocmai a acelor instituţiuni, socotite odată ca inovaţii inadaptabile, străine de firea şi aşezămintele noastre sanitare, cari erau prevăzute în legea sanitară din 1930; — este o mare satisfacţie, ce trebue să simtă D-l Prof. I. Moldovanu, autorul legei de atunci, care a avut cel dintâi intuiţia de totalitate a bazelor noi, pe care trebue să se aşeze organizaţia noastră sanitară.

Repartizarea medicilor la formaţiunile militare în caz de războiu a format obiectul celui de al II-lea raport, prezentat de D-l Prof. P. Tomescu,

care a cerut în esenţă o repartiţie dreaptă şi utilă a medicilor în caz de mobilizare, potrivită vârstei şi specialităţii fie-căruia, caşi gradului militar care trebue să-l aibă şi să i se dea.

Fie-care la locul său, şi D-l General D-r Iliescu, medicul Şef al armatei, a mai admis şi formarea echipelor de specializare, în care să lucreze cei cunoscuţi şi obişnuiţi din timp de pace; tablourile au fost ulterior formate în toată ţara de către preşedinţii filialelor şi trimise biuroului central al Asociaţiei pentru centralizare şi înaintare locului în drept.

O confuzie a acestor tablouri a creat însă o cerere similară adresată ulterior spitalelor, de către Serv. Sanitar al armatei, de a forma aceste echipe.

Or, nu medicul şef al unui spital poate şi trebue să formeze echipele, ci diferiţii şi numeroşi medici primari de specialitate, mai mulţi în fiecare spital, cari îşi iau în echipe pe acei medici din oraşul lor, pe cari îi cunosc şi cu cari sunt obişnuiţi a lucra; — astfel precum s'a cerut prin organele Asociaţiei.

Rezolvarea şi punerea la punct a acestor chestiuni, odată ridicate, trebue să formeze obiectul de căpetenie al Asociaţiei, care să meargă mai încet, dar să consolideze terenul.

Casa de asigurare a corpului medical a format obiectul celui de al III-lea raport presentat de către D-nii D-ri Marius Georgescu şi I. Teţu, cari au prezentat şi un **Ante-proect de lege**, de depus în parlament, prin mijlocirea D-lui Secretar g-ral al M-terului Sănătăţii, Prof. T. Gane, care a „făcut legământ sfânt" să intervină în acest sens pe lângă titularul „actual" al departamentului, D-l D-r I. Costinescu, om practic cu rezervă şi multe rezerve, care „o va trece, desigur, în cele mai bune condiţii", dupe ce se va fi decis, şi D-sa, a depune legea în parlament şi a o susţine.

Aleatorii, cari pentru moment condiţionează realizarea acestui atât de folositor proect pentru corpul medical.

O rectificare.

De ani de zile, într'o chemare, pe care o adresez medicilor români, în scopul de a ne trimete pentru publicare material de folklor medical românesc, am socotit pe marele nostru savant, rap. Prof. D-r I. Cantacuzino ca „INTEMEETORUL SOC. REGALE ROMÂNE DE ISTORIA MEDICINEI".

Or, adevărul este altul şi suntem recunoscători D-lui D-r V. Gomoiu, care ne-a atras atenţia asupra acestei erori:

„SOCIETATEA REGALĂ ROMÂNĂ DE ISTORIA MEDICINEI ŞI DE FOLKLOR a fost înfiinţată de mine la 14 Sept. 1929, ca o secţie a AŞEZĂMINTELOR A. S. R. PRINCIPESA ELENA, — pe cari le-am creat şi le conduc — şi am numit-o REGALĂ, fiindcă a fost dela început pusă sub patronajul şi preşedenţia de onoare a „A. S. R. Principesa Mamă Elena" (— cum se numea pe atunci).

„Prof. Cantacuzino s'a înscris mai târziu (la 9 Dec. 1929) ca membru şi a participat prima dată în şedinţa de la 4 Martie 1930, iar în Ianuarie 1931 (după moartea Prof. Severeanu), a fost ales Preşedinte al acestei Societăţi".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Intervenţia mea nu urmăreşte scăderea Prof. Cantacuzino, sau înălţarea mea în dauna lui, ci numai respectul adevărului, de la care, cu tot respectul pe care îl am pentru memoria lui, eu n-aşi putea să mă abat".

„N'am fost prea fericit în viaţă, şi dacă nu mi s'a dat ceia ce poate că mi se cuvenea, dar mi s'a luat din ceia ce era al meu şi îmi vine prea greu să las ca să mi se ia tot".

Cerem ertare încă odată D-lui D-r V. Gomoiu, în prezent Preşedinte al Societăţii Internaţionale de Istoria Medicinei, că reproducem din scrisoarea D-sale, fără prealabilă autorizaţie, dupe ce atâta timp l-am deposedat de un drept al său.

Dar adevărul înainte de toate şi suum cuique tribuere: memoria Prof. Cantacuzino ne este prea scumpă, şi strălucirea sa prea mare, ca vre-o ştirbire oare-care să i-o mai întunece; — n'ar fi decât operaţia stelectomiei, la a cărei paternitate trebuia de la început asociat numele D-lui D-r V. Gomoiu pe lângă acela al marelui Toma Ionescu, şi încă o nedreptate în plus nu i se mai cuvine aceluia care onorează ştiinţa şi profesiunea medicală românească şi ar onora tot pe atât corpul nostru profesoral.

Confuzia noastră a fost datorită şi faptului că atunci când am îndreptat către cititori cererea pentru procurarea de material folkloristic medical, Prof. I. Cantacuzino era preşedinte al „Soc. de Istoria Medicinei şi de Folklor" şi tocmai întemeiase la Craiova un „Cerc de Folklor" filială a Societăţii, pusă sub conducerea răp. D-r Ch. Laugier, un alt mare folklorist, care adunase într'o lucrare premiată de Academia Română elemente de folklor Oltenesc; — şi a fost prelungită, fără să ne dăm seama, şi în ciuda periodicilor convocări la şedinţele Societăţii, al cărei membru am onoarea a fi, invitaţii cari sub titlul „Soc. R. R. de Istoria Medicinei şi Folklor" poartă menţiunea „Fondator şi Preşedinte Onorar: D-r V. Gomoiu".

In cea ce priveşte anume folklorul medical românesc adăogăm că meritele D-lui D-r V. Gomoiu sunt şi mai mari; — încă ca student D-sa s'a ocupat de folklor şi face menţiune de aceasta în lucrarea sa din 1921, Istoria Medicinei în România; — în 1928, la Congresul din Oslo a făcut o comunicare „Le folklore médical roumain"; — mai târziu a ţinut o conferinţă la Ateneul din Severin asupra „Medicinei naţionale"; şi alta la Soc. Studenţilor în Medicină, asupra „Medicinei populare"; — la Universitatea din Louvain a vorbit despre „Medicina populară în România", pe care a prezentat-o în Ianuarie 1933 la Societatea Regală de Medicină din Anvers sub titlul „Le folklore médical roumain"; — ca vice-preşedinte al Soc. Int. de Istoria Medicinei a stăruit să se pună la ordinea zilei la Congresul din Madrid (1935) „Folklorul medical în diversele ţări" iar ca Preşedinte al aceleaşi Societăţi a pus pentru Congresul din 1938 tot chestiunea „Folklorul medical".

De altfel în baza acestei activităţi excepţionale recunoscute am solicitat D-lui D-r V. Gomoiu onoarea de a figura în comitetul de redacţie al revistei noastre la rubrica „Istoria Medicinei", iar nu la „Chirurgie", în care ar fi putut figura cu aceaşi demnitate.

Cât despre activitatea filialei de la Craiova, ne mărginim a spune că n'a fost prea fericită; ca întotdeauna cu dispariţia omului, care în această materie a fost D-rul Ch. Laugier, a încetat şi opera, iar bogatul material strâns sub imboldul de început al urmaşului său, răp. şi el acum D-r Viorel

Popescu, aşteaptă să fie ordonat, ales şi curăţit mai cu seamă de ce i-au putut adăoga culegătorii improvizaţi.

Un răspuns.

In „Cronica medicală română" a No. 1—2/1937, la subtitlul **„Reviste medicale româneşti"**, am atras atenţia asupra inadvertenţei a 2 reviste medicale, cari apar în ţara românească, la Temişoara Gyakorlo Orvosok Szaklapja, iar la Cluj Orvosi Szemle şi sunt scrise în întregime, dela titlu până la ultima pagină, în limba maghiară.

Ca pe fiecare din zecile de reviste medicale străine, ce primesc „în schimb", de fiecare dată răsfoiesc şi pe acestea şi de ani de zile mă aflu în imposibilitate de a pricepe ceva.

O foarte mare parte din revistele medicale dau în resumate scrise în mai multe limbi străine cuprinsul articolelor originale; pentru periodicele afiliate Federaţiei presei medicale latine, cu ocazia Congresului dela Paris din 1934, eu am propus generalizarea acestei folositoare practice.

Această procedare se impunea dela sine pentru cele 2 reviste, din punctul de vedere al ţării care îi adăposteşte şi ocroteşte cetitorii, pentru cari anume este scrisă.

Pentru majoritarii altei ţări această atenţie specială acordată unor minoritari ar trece neobservată.

Dar la noi lucrurile nu stau astfel şi anumiţi ochi sunt prea îndreptaţi peste hotare; iar hotarele ţării noastre „până să fie spiritualizate" să rămână sfinte pentru orice bun român, fie om de ştiinţă şi chiar medic.

Tocmai pentru evitarea acestui punct nevralgic ceream măcar rezumate şi în limba ţării, cari ar avea şi meritul de a atrage odată mai mult atenţia medicilor unguri asupra limbii, pe cari sunt datori să o înveţe; — şi ceream colaboratorilor români eventuali să nu admită a li se traduce articolele, precum dam să înţeleagă acest lucru şi caselor farmaceutice, indiferent de ce naţionalitate, cari fac reclama produselor lor în revistele româneşti.

Mania ungurizării, care se exercită până şi pe creioane şi alte obiecte de papetărie la noi, o ironizam atunci când denunţam că D-nii D-ri Demetru Paulian şi Petre Tomescu au devenit Demeter şi Petter în coloanele acestor reviste.

Cel care scoate această revistă cu mari greutăţi materiale, numai pentru a pune în valoare admirabila producţie medicală românească, şi pe cari le rezolvă băgând mâna în buzunar, nu avea de invidiat pomenitelor congenere nici cetitorii, nici casele farmaceutice, cari îşi cunosc interesele.

Şi declaram că nu intenţionez să fac acte de patriotism în cuprinsul unei publicaţii ştiinţifice, dar că datoria mea de român mă face să denunţ pe cei cari le fac alţii la adăpostul unei firme ştiinţifice.

Mai cu seamă acum când, în lupta ce profesioniştii intelectuali duc pentru românizarea profesiunilor şi a capitalului, aflăm dela D-l D-r Petre Topa, vice preşedinte al Asoc. G-rale a Medicilor, că proporţia elementului românesc în corpul medical este:

	Români	*Evrei*	*Minoritari*
Medici of. de rez .până la gr. de căpitan	1400	420	460
Farmacişti ofiţeri de rezervă	248	1460	
In practica medicală a dentisticei	17%	83%	

Iar pe provincii avem următoarea proporţie a medicilor sanitari din circ. rurale:

	Evrei şi minorit.	*Români*	*Total*
Ardeal-Banat	557—50%	416—43,99%	993
Bucovina	113—84,21%	21—15,75%	134
Basarabia	228—76%	72—24%	300
Moldova	171—47%	191—53%	362
Oltenia	70—38%	116—62%	186
Muntenia	146—24,80%	444—75,20%	590
Dobrogea	69—47,25%	77—52,75%	146

Comentariile sunt de prisos în faţa eloquenţei acestor cifre şi observaţiile mele îşi găsesc deplină îndreptăţire.

Chiar dacă trebue scoşi dintre minoritari medicii evrei, caşi evreii în general, mai ales din vechiul regat — şi catagrafia nu este greu de făcut — născuţi şi crescuţi în ţară, în al cărui pământ şi-au îngropat părinţii şi copii şi de care sunt legaţi prin jertfele făcute ca şi noi în marele răsboiu; dar ceilalţi minoritari, de orice limbă şi neam, trebue excluşi din slujba statului; peste tot, nu numai cei dela graniţă, şi în primul rând cei cari refuză a vorbi şi scrie româneşte, aşa cum a propus D-l D-r P. Topa.

De cuprinsul articolului meu a fost prevenită GYAKORLO ORVOSOK SZAKLAPJA de către un „foarte bun voitor prieten bucureştean", care a mai menţionat că „dacă vrem să răspundem, în niciun caz nu va fi greu".

Ne-am aşteptat ca semnalarea să se facă de către acelaş bine-voitor prieten şi celeilalte surate „ORVOSI SZEMLE"; deocamdată ea nu ne-a mai onorat cu „Schimbul", iar prima şi-a semnalat răspunsul cu creion colorat pe copertă.

Răspunsul nu putea fi desigur dat decât tot în ungureşte, pentru-că el este destinat mai mult conaţionalilor, cari nu vorbesc româneşte, decât mie care nu ştiu ungureşte.

Este neiscălit, de altfel, precum nu se ştie nici cine conduce şi scrie revista, căci nu se publică niciun nume pe copertă; este deci anonim şi dacă îl semnalăm — cu o mulţumire pentru un coleg local care ni l-a tradus — o facem pentru a denunţa reaua credinţă, care îi stă la bază.

Spicuim în esenţă: „noi nu obişnuim să facem caz de amărăciunile noastre, le ţinem pentru noi...; colegii noştri n-ar putea să ne ajute...; cu tristeţi de ce să umplem revista noastră...; în 1928, când „iubiţi-vă" n-a fost atât de uzat ca azi...; când se spunea pe faţă şi nu prin dos...; ne-a apărut ca o detunătură din cer rândurile semnalate de un foarte bun voitor prieten...; urmează câte-va expresiuni de foot-ball... (N. R. ne la locul lor într'o discuţie ca aceasta); în limba noastră maternă urmărim progresele ştiinţei şi luptăm pentru interesele noastre speciale... (N. R. care?); aparem în limba maghiară pe baza dreptului constituţional şi a autorizaţiei din partea autorităţilor şi tot aşa apare la Bratislava, organul oficial (?), Terapia, al medicilor maghiari din Ceho-Slovacia... (N.R. parcă în vre-un loc lupul cu părul îşi schimbă şi năravul); căutam să micşorăm prăpastia dintre noi... (N. R. şi români, desigur); alegerea lucrărilor originale nu o facem după naţionalitatea autorilor, ci în interesul medicilor; totuşi câte-o dată ne abatem dela aceste

principii, căutând după posibilitate să publicăm şi lucrări din partea autorilor români... (N. R. frumoase complimente pentru colaboratorii români); ca o dispoziţie profilactică, contra cauzelor ca cea de mai sus... (N. R. numai pentru asta?) şi nu o dată am făcut apel în revistele noastre către colegii noştri ca să înveţe cât mai bine limba statului... (N.R. ar trebui să înceapă Onor. Redacţie, prin a o vorbi şi scri); la urmă: la noi este censură şi nu putem spune tot; or ce nu am spus, să înţelegeţi D-tră... (N.R. înţelegem prea bine, dar nu reacţionăm cum trebue, când în Ardeal moare ungurul şi nu merge la medic român, iar românii nu pregetă a consulta pe medicii minoritari, chiar când aceştia sunt inferiori din punct de vedere profesional medicilor români); — şi termină cu: mare păcat că şovinismul exagerat v'a atras şi pe D-tră, care n-aveaţi nevoe a recurge la această cale... (N. R. ca să parvin, nu?), în loc să caute o apropiere cu noi".

Nu mai reproducem pasagiul cu numărătoarea paginilor de reclamă, cari în definitiv pot constitui o altă raţiune de a fi a acestor reviste, dar nu a celei noastre; şi nu insistăm asupra naivităţii că şi noi am scris Blat în loc de Blatt.

In formă, dar mai ales în fond, această întâmpinare, căreia i se potriveşte numai titlul „Pro domo" nu merita niciun răspuns; fiind de rea credinţă în fond, şi necuvincioasă în formă.

L'am dat pentru ca cetitorii noştri să fie pe deplin edificaţi asupra motivării „eşirii" noastre; şi cea mai eloquentă confirmare ne-o dă însuşi anonimul care adaugă: „un redactor al nostru a fost în zilele din urmă definitiv achitat de iredentism şi nu înţelegem dacă este bine ca această acuzaţie să fie scoasă din nou la iveală".

Informaţie preţioasă, de care noi n'am avut cunoştinţă până în prezent şi care ne aminteşte vechea zicală românească: unde nu este foc, nu ese fum.

Praxis medici, de la Temişoara, pe numele ei adevărat GYAKORLO ORVOSOK SZAKLAPJA, face desigur „Schimb" cu toate revistele medicale româneşti.

Nu socoteşte adevărata „Presă medicală Română" că ne putem lipsi de onoarea unui asemenea „Schimb"?

Despre **„Prelungirea pe viaţă la catedră a D-lui Prof. Gh. Marinescu,** despre **„Activitatea în desfăşurare a Asoc. g-rale a docenţilor Fac. de medicină din România"** şi despre **„Deontologie"** a cărei încercare de reglementare din partea Colegiului Medical şi Asoc. g-rale a Medicilor, a stârnit proteste mari în presa cotidiană — în Cronica viitoare.

M. Cânciulescu.

PRODUCŢIUNEA ŞTIINŢIFICA A CLINICILOR MEDICALE ROMÂNEŞTI *)

de

Prof. D-r P. NICULESCU-Iaşi

In expunerea ce urmează voi încerca să condensez, în cadrul limitat al unei lecţiuni didactice, considerabila producţiune ştiinţifică a conducătorilor clinicilor noastre medicale. Dificultăţile acestei condensări, care, fatal, implică numeroase omisiuni, m-au condus să stăruesc asupra caracterizării personalităţii fiecăruia dintre ei. Analizarea producţiunii va avea drept normă respectarea ordinei alfabetice.

Fericita coincidenţă a respectării acestei ordini îmi dă prilejul de a începe prin relevarea activităţii distinsului meu predecesor la această catedră, PROFESORUL BACALOGLU. Nota personală a lucrărilor sale ştiinţifice constă în strânsa legătură ce D-sa a reuşit să stabilească între cercetările clinice şi cele anatomo-patologice. Din acest punct de vedere, denominaţiunea de anatomo-clinician ce i-a fost conferită de Prof. Sergent, este cu prisosinţă legitimată. Faptul de a fi fost, în timpul studiilor sale la Paris, elevul şi colaboratorul Prof. Landouzy, a exercitat o influenţă hotărâtoare asupra evoluţiunei sale. Prof. Landouzy a strălucit, după cum se ştie, cu egală intensitate atât în domeniul Clinicei cât şi în cel al Anatomiei patologice.

Intors în ţară, Prof. Bacaloglu a continuat îngrijirea acestei îndoite specializări lucrând ca şef de lucrări în Laboratorul de Anatomie patologică al regretatului Prof. Babeş şi apoi în aceiaşi ca-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nota direcţiei: Pentru complectarea omagiului Prof. D-r Nanu-Muscel, publicat de revista noastră, am rugat pe D-l Prof. D-r P. Niculescu să ne dea spre a fi publicată lecţiunea D-sale de deschidere a Cursului de Clinică Medicală ţinută acum câţiva ani la Facultatea de Medicină din Iaşi.

Am ţinut să fixăm impunătoarea personalitate ştiinţifică şi sufletească a acestui maestru român, prezentându-l în cadrul tuturor colegilor săi printre care s'a distins un timp atât de îndelungat cu o strălucire unanim recunoscută.

Documentarea se opreşte în momentul în care—acum câţiva ani—s'a făcut expunerea acestei sinteze de clinică medicală românească. Câteva note vor aminti numai tratatele didactice respective apărute în răstimp.

Cadrul va fi complectat prin prezentarea într'un număr viitor a predecesorilor săi la catedră, Profesorii Nic. Marcovici şi Gh. Stoicescu, prezentare făcută de către d-l Prof. C. Bacaloglu, care continuă atât de fericit seria ilustră a şefilor clinicei medicale dela Spit. Colţea şi care din anul acesta ne va onora cu colaborarea şi participarea D-sale în Comitetul de Redacţie al revistei.

litate în Clinica Prof. Stoicescu. D-sa şi-a manifestat concepţiunea sa începând cu lucrarea sa inaugurală în 1900 la Paris.

Studiind, experimental şi clinic, inima în febra tifoidă, a găsit leziuni caracteristice şi a invederat discordanţa dintre intensitatea simptomelor şi acea a leziunilor ce le provoacă. Claritatea cu care D-sa a expus accum 3 ani, în *„Clinicile D-Sale Medicale"* asupra cărora voi reveni, evoluţia unei afecţiuni similare, „Miocardita reumatismală", se datoreşte în mare parte pregătirii conferite de teza sa. Tot în acest cadru intră amănunţitul studiu al unui „Caz de chist hidatic al inimei", publicat în aceleaşi clinici. Acest studiu poate servi ca model de preciziune şi de bogată documentare microfotografică.

Studiind, în 1901, împreună cu Prof. Stoicescu, Formele anatomice ale Sifilisului pulmonar, a putut demonstra, contrar descripţiei clasice a lui Dieulafoy o formă de tranziţie între infiltraţia gomoasă şi cea sclero-gomoasă. Această formă este întru totul deosebită de diviziunea prea schematică a autorilor clasici.

In colaborare cu Prof. Scriban, D-sa a cercetat în 1921 histopatologia şi patogenia Miopatiei progresive pseudo-hipertrofice. Decelând pentru prima dată prezenţa fibrelor musculare atipice şi a nucleului axial, D-sa a putut elucida patogenia obscură a acestei afecţiuni. Această monografie cu numeroase planşe histo-patologice a fost publicată de Academia română. Preferinţa D-sale pentru Anatomia patologică reese şi din faptul că din cele 160 de lucrări ce D-sa a publicat până la data acestei lecţiuni, aproape o treime privesc această specialitate. De asemenea o mare parte din impresionantul număr de 120 de teze pe care D-sa le-a inspirat la Facultatea de Medicină din Iaşi, se bazează tot pe temelia anatomică. Această predilecţie a Prof. Bacaloglu nu s'a transformat însă în exclusivism. D-sa a utilizat, după cum voi arăta, toate mijloacele de cercetare clinică ce i-au fost oferite de utilajul ce-l avea la îndemână. Astfel, acum 36 ani, când origina tuberculoasă a pleureziei era încă discutată, D-sa a adus proba hotărîtoare a inocularii la cobai, în sprijinul unei etiologii ce a primit ulterior o consacraţie clasică. Aceste importante cercetări se găsesc consemnate şi în teza făcută de Le Damany la Facultatea de Medicină din Paris.

Mai departe, D-sa a descris, în două rânduri, evoluţiunea unor cazuri interesante de gripă ce simulau prin persistenţa lor localizare la vârful pulmonului, tuberculoza. Progresul recent al radioscopiei pulmonare îngăduind descoperirea leziunilor tuberculoase împrejurul cărora se produce fenomene congestive trecătoare, numărul cazurilor de ceiace s'a numit „Indurafie pseudo-fimică" au scăzut apreciabil. Cu toate acestea, constatările Prof. Bacaloglu rămân neatinse din punctul de vedere clinic.

In timpul epidemiei de Tifos Exantematicc, D-sa a studiat sistematic, turburările nervoase descriind un interesant syndrom ce îmbracă forma sclerozei în plăci.

Progresele neîncetate ale radiologiei nu puteau să nu intere-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

seze variata sa activitate. In colaborare cu D-l Conf. Radu, D-sa a publicat în 1926 o monografie asupra Ulcerului Gastro-Duodenal, monografie ce a avut cinstea să fie premiată de Academia română.

Incoronarea activităţii sale este frumos reprezentată de Clinicile Medicale, publicate în 1928, lucrare care a avut onoarea să fie premiată atât de Academia de Medicină din Paris cât şi de Academia română.

Această impunătoare operă didactică este prea bine cunoscută şi apreciată în Iaşi pentru a mai trebui să fie analizată.

O parte din aceste clinici fiind publicată în limba franceză, conţinutul lor a devenit accesibil unui mare număr de cetitori străini.

Dări de seamă elogioase atât în revistele din Europa, cât şi aprecieri extrem de măgulitoare din America au stabilit importanţa acestui volum de Clinici în care se rezumă o bună parte din activitatea ştiinţifică a Prof. Bacaloglu.

In chipul acesta lucrarea D-sale a contribuit la sporirea prestigiului clinicei medicale româneşti în străinătate. Autori streini ca Dieulafoy, Dévé, Debove, Cushing, etc., au preţuit lucrările Prof. Bacaloglu citându-le în tratatele lor.

Din punctul de vedere medico-chirurgical, Prof. Bacaloglu a făcut o serie de publicaţiuni importante în colaborare cu colegii săi eminenţi: Prof. Tănăsescu şi Hortolomei. Citez cele Trei cazuri de angină pectorală, în care s-a obţinut un rezultat admirabil, publicate în Revue de médecine et de chirurgie pratique din Paris, Frenicectomia în Tuberculoza pulmonară — în Revista de Chirurgie din Bucureşti, — Pneumo-kystul hydatic al pleurei şi al pulmonului, în Presse médicale, Paris.

Societatea anatomo-clinică din Iaşi pe care a înfiinţat-o acum 16 ani, constitue ca şi în trecut un focar de cercetări şi expuneri ştiinţifice de o potrivă folositoare medicilor ca şi studenţilor.

* * *

Trecând la producţia ştiinţifică a PROF. DANIELOPOL încep prin a constata că ea este caracterizată printr'o intensivă utilizare a metodelor experimentale şi a înregistrărilor grafice. Această utilizare i-a îngăduit elaborarea unei concepţiuni fizio-patologice, a clinicei medicale, concepţiune ce conferă producţiei sale o valoare şi o originalitate unanim recunoscută. Aplicarea acestor metode i-au îngăduit rezolvarea a numeroase şi importante probleme clinice din care cele mai de seamă sunt cele din domeniul Cardiologiei. D-sale i se datoreşte introducerea în Clinica med. română a Electrocardiografului şi a Ortodiagrafiei, graţie cărora Cardiologia românească nu are nimic de invidiat celei străine.

Dintre primele sale lucrări, relevez, cu deosebită mulţumire, aceia făcută împreună cu mult regretatul său maestru Prof. Buicliu asupra pulsaţiei venoase în afecţiunile mitrale. Această mulţumire izvorăşte din sentimentul de adâncă pietate şi veneraţie ce păstrez ca şi întreaga mea generaţie, strălucitei capacităţi medicale

personificată de Prof. Buicliu; personalitatea sa dominantă a exercitat o influenţă hotărîtoare asupra progresului clinicei medicale. Sub îndemnul şi în clinica sa, D-l Prof. Danielopolu a publicat importantele sale cercetări asupra originei nervoase a bradicardiei renale şi asupra apreciabilei superiorităţi a strofantinei asupra digitalei. In colaborare cu eminentul meu coleg Prof. Zaharescu-Caraman, D-sa a cercetat bradicardia leuzelor, iar cu Prof. Slătineanu a studiat tuberculina, într'un şir de 5 lucrări.

Din această perioadă datează primele sale studii asupra anginei de piept, chestiune ce l'a preocupat neîncetat până astăzi şi căreia i-a dedicat numeroase publicaţii de o importanţă hotărîtoare.

Ca element nou a pus în evidenţă formele clinice fără leziuni coronare, prin dilataţia cordului. Această teorie l'a condus la importante aplicaţii practice: tratamentul acestei afecţiuni prin digitală.

Totalitatea cercetărilor sale de Cardiologie le-a consemnat într'un compendios volum publicat în 1912 asupra aritmiilor.

In timpul războiului, D-sa a fost preocupat de epidemia de tifos exantematic pe care l-a combătut, aici în Iaşi, la Spitalul Seminarului Veniamin, unde a putut face constatări de o importanţă remarcabilă. Astfel a putut descrie, pentru prima dată în această afecţiune, sindromul insuficienţei supra-renale, sindrom confirmat ulterior de Prof. Parhon şi de Prof. Scriban.

De asemenea a găsit modificări ale lichidului Cefalo-rachidian, modificări constatate şi de Prof. Bacaloglu. In fine, D-sa a imaginat o metodă proprie de tratament anti-toxic prin apă clorată, tratament reluat apoi de D-l agregat Simici.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Numit profesor în 1920 D-sa şi-a amplificat cercetările, mai ales cele de cardiologie. Problema cea mai importantă din punct de vedere al aplicaţiilor practice este constituită de tratamentul chirurgical al anginei de piept. Modalitatea acestei intervenţii, făcute pentru prima dată în 1910 de Prof. Toma Ionescu şi de Gomoiu, a fost modificată în urma cercetărilor experimentale făcute, neîntrerupt, de Danielopolu în ultimii nouă ani.

Metoda sa constă în rezecţiunea simpaticului cervical cruţându-se ganglionul inferior, pe care D-sa îl consideră ca un „adevărat nolli me tangere". Acestei intervenţii D-sa îi mai adaugă şi secţionarea unei ramuri din vagul cervical, a nervului vertebral precum şi a unora din ramii comunicantes. Diferitele variante ale acestei intervenţiuni preconizate de Danielopol, au fost executate în străinătate într'un mare număr de cazuri, iar în ţară la noi de Prof. Tănăsescu şi de Prof. Iacobovici. Dacă adăugăm la numele româneşti citate şi pe acela al regretatului Prof. Dimitrie Ionescu se învederează cât de precumpănitoare este importanţa elementului românesc în rezolvarea dificilei probleme a tratamentului chirurgical în angina de piept.

Analizând patogenia accesului de astm D-sa a fost condus, în 1925 să propue un tratament chirurgical identic cu cel al anginei de piept.

Prof. Danielopol a imaginat, în 1921, independent de Gunter, metoda înregistrărei grafice a colonului şi a vezicei urinare.

In chipul acesta a putut introduce în clinică un preţios mijloc de studiu utilizat şi în străinătate de un apreciabil număr de cercetători.

D-sa a cercetat, împreună cu elevii săi D-ra Aslan, Marcu, Proca şi D-na Mănescu, chestiunea zonelor reflexogene cardio-aortice şi carotidene. A putut stabili bazele fiziologice pe care s'ar putea clădi eventual, după D-sa, un tratament chirurgical al epilepsiei, diferitelor neuroze precum şi al stărilor de ipo şi hiper-tensiune.

O mare parte din cercetările D-sale fiind publicate în limba franceză şi germană, ele se găsesc frecvent citate în numeroase tratate clasice printre care enumerăm pe acele ale lui Kolle şi Wasserman, ale lui Sergent precum şi în manualele de cardiologie ale lui Edens, Wenckebach, Guiaullmat.

Vechi prieten al său şi coleg de facultate, am urmărit, ca şi întreaga noastră serie, cu o frăţească bucurie strălucita sa ascensiune ştiinţifică. Succesele pe care le-a obţinut în diferitele congrese din străinătate au fost şi succesele şcoalei româneşti.

El a ştiut să ne reprezinte cu o deplină autoritate ce i-a asigurat renumele şi peste graniţă. De aceea preţuim şi noi acest nume cu o firească mândrie naţională.

* * *

Eminentul meu coleg de la această facultate, PROF. ENESCU, desfăşoară o activitate ce este bazată pe un interes la fel de desvoltat pentru laborator şi pentru clinica propiu zisă. In timpul studiilor D-sa a arătat o deosebită predilecţie pentru cercetările exacte, predilecţie care explică valoarea remarcabilei sale lucrări inaugurale asupra structurei fine renale. D-sa a condus un timp apreciabil importantul serviciu de medicină internă la Chişinău.

In chipul acesta D-sa şi-a putut desăvârşi, în condiţiuni prielnice, o solidă experienţă ce stă la baza producţiei sale. Această producţiune se caracterizează printr'o principală eliminare a lucrărilor de cazuistică, prin meticulozitate şi preciziune în urmărirea problemei clinice şi în fine printr'un pronunţat spirit de auto-critică. Analiza lucrărilor ce D-sa a inspirat, şi în de aproape controlat, învederează aceste însuşiri. Intre lucrările de clinică în materie de pulmon, materialul oferit de D-sa a servit elevului său Isac pentru a revizui problema diagnosticului precoce a tuberculozei pulmonare. Pe baza unei apreciabile documentări radiologice, făcută în condiţiuni technice excelente, s'a contribuit la invederaţia unui fapt deosebit de important pentru practica curentă: numai examenul radiografic îngădue depistarea leziunilor incipiente ce sunt inaccesibile examenului clinic obişnuit. Aceste constatări reprezintă astăzi concepţiuni unanim recunoscute.

Introducându-se în ţara noastră cunoştinţa concepţiunei lui Assman asupra infecţiunei precoce, a cărei activare se recunoaşte prin studiul vitezei de sedimentare şi prin examenul sângelui, lupta anti-tuberculoasă a fost apreciabil uşurată.

D-sa a mai putut observa, în Spitalul din Chişinău, un număr apreciabil de cazuri de Spirochetoză pulmonară apărute numai

la populaţia Basarabiei. A avut astfel prilejul să facă, pentru prima oară în ţara noastră, studiul complect şi metodic al acestei afecţiuni.

Din punctul de vedere al imaginei radiografice şi mai ales din punctul de vedere al topografiei microbiene, a zonei de repartiţie a spirochetozei, D-sa a putut face achiziţii demne de relevat.

In materie de gastro-enterologie s'a făcut de către Ţapov în laboratorul D-sale, constatarea că variaţiile clorului fix şi total din sucul gastric normal sunt mai mari de cât valorile stabilite de cercetările clasice. In stare patologică s'au găsit modificări interesante ce constau în mărirea clorului în ulcerele gastro-duodenale şi în nefritele cloruremice. In fine s'a putut constata că regimul clorurat şi declorurat modifică valorile.

Cifrele pe care se bazează noua teorie a ulcerului (a lui Balint care a găsit un desechilibru acido-bazic) nu au fost confirmate de cât în parte de Lichtenstein, în clinica D-sale. D-sa a uzat, însă, de o aparatură deosebită.

Acţiunea excito-secretorie a histaminei asupra secreţiei gastrice a fost cercetată de Spitzer. D-sa a arătat avantajiile acestui nou procedeu faţă de prânzul de probă în diagnosticul afecţiunelor de stomac. Modificările hipersecreţiei histaminice, determinate prin ingestia de alcaline, au fost cercetate de Fridman prin această metodă. D-sa a putut ajunge la constatări mai interesante decât cele obţinute prin metodele clasice. Studiind icterul malaric, Gnatenschi a arătat că el poate fi provocat atât prin lezarea celulei hepatice cât şi de ipercholuria provocată de distrucţia masivă a hematiilor.

In cadrul terapeuticei intră în primul rând amplele cercetări făcute de Brănişteanu asupra acţiunei Scilei în insuficienţele cardiace cronice. D-sa a constatat o acţiune prielnică egală cu acea a digitalei şi a strofantinei, aritmiile extra-sistolice rămânând însă neinfluenţate.

Impreună cu Dr. Nubert, D-sa a publicat, în anul trecut, un număr de cazuri de abcese pulmonare şi bronşite fetide, aparţinând clinicei terapeutice, ce au fost vindecate sau ameliorate prin tratamentul cu emetină. D-na Secară-Strat controlând acţiunea Angioxilului a constatat o modificare favorabilă într'un caz de angină de piept. In ipertensiune, rezultatele au fost trecătoare şi inconstante. Din contră un alt nou ipotensiv Acecholina s'a arătat eficace în observaţiile lui Levi care a constatat atât o scădere a tensiunei cât şi o îmbunătăţire a simptomelor subiective. Acţiunea ipertensivă a Ergotinei a fost precis studiată de Mătăsaru care a constatat efectul bradicardic al acestei substanţe în Boala lui Basedow şi insuficienţa ovariană.

Oleo Toraxul, cura lui Sippy şi acţiunea diuretică a sărurilor complectează seria interesantelor lucrări de terapeutică din clinica Prof. Enescu.

* * *

Fostul meu coleg dela Facultatea din Cluj, PROF. HAŢIEGANU reprezintă produsul unui raţional eclectism între şcoala germană şi cea franceză.

Elev al Facultăţei din Clujul antebelic, unde cultura germană predomina, D-sa a ştiut, după unire, să-şi apropieze, cu o repeziciune impresionantă, spiritul şi cultura franceză, care domneşte la noi.

Având fericirea de a conduce o clinică la înălţimea celor occidentale, D-sa şi-a putut forma, cu o repeziciune neobicinuită, o personalitate puternic reliefată atât în ştiinţa medicală română cât şi străină.

Analizarea celor 260 de lucrări personale sau ale elevilor săi, precum şi încercarea de a cita, cât de puţin, din cele 80 teze inspirate de D-sa nu este cu putinţă. Îi cer iertare mulţumindu-mă să expun numai cercetările sale cele mai remarcabile. Studiind, imediat după război, chestiunea sondajului duodenal, D-sa a fost condus să imagineze un nou procedeu de examen al funcţiunei secretorii hepatice, prin eliminarea indigo carminului. Cu ajutorul acestei metode personale, D-sa a putut constata tulburări de permeabilitate hepatică în forme grave de diabet şi în anemia pernicioasă. D-sa a continuat să urmărească problema ce pusese, modificând proba lui Meltzer-Lyon. Asociind instilaţiilor duodenale cu sulfat de sodiu injecţiunile sale cu indigo-carmin, a parvenit să obţină o bilă B. caracteristică şi uşor de recunoscut.

Acum 5 ani profesorul Haţieganu a izbutit să individualizeze în domeniul patologiei hepatice, o afecţiune bine delimitată pe care a denumito „hepatita septică lentă". De o durată lungă — între 3 luni şi 2 ani — această boală poate prezinta localizaţii în abdomen şi în plămân, terminându-se ca toate afecţiile hepatice serioase, prin icter grav.

In ultimii ani D-sa a studiat, în de aproape, sindromul iposistoliei cerebrale, pe care a constatat-o în insuficienţele grave cardiace provocate de hipertrofia şi dilataţia cordului drept. Simptomele datorite stazei cerebrale constau în cefalee intensă, exagerată de tuse, dureri în globi oculari şi stază papilară.

In materie de gastro-enterologie D-sa a studiat interesanta problemă practică a tulburărilor ce continuă să le prezinte unii bolnavi după extirparea apendicelui: constipaţie rebelă, dureri şi vărsături. D-sa atribue aceste dureri epiploitei, ce persistă după intervenţie şi recomandă rezecţia epiploonului, intervenţie ce a fost executată cu succes, în câteva cazuri, de Prof. Iacobovici.

Opera didactică de căpetenie a Prof. Haţieganu este reprezentată de monografia sa asupra sifilisului visceral. In acest subiect, de multe ori tratat şi da alţi autori, D-sa a adus nota următoare în concepţie nouă, frecvenţa atacărei simultane a mai multor organe. D-sa a numit această modalitate de localizare, poli-organopatia sifilitică. Este neîndoios că unele afirmaţiuni făcute în acest tratat pot fi discutabile. Astfel, părerea că totalitatea sau majoritatea ipertensivilor sunt de origină sifilitică nu poate fi acceptată fără ezitare, destul de legitimate.

Dintre cercetările şcoalei sale citez lucrarea elevului său Prof. Goia, asupra nefritelor gripale dureroase, precum şi aceia a lui

Gavrilă asupra colesterinemiei în sifilis şi în tuberculoza pulmonară [1]).

Coleg al Prof. Haţieganu, încă din primii săi ani de profesorat, am urmărit cu un deosebit interes procesul transformărei sale, ajunsă astăzi în stadiul unei unificări desăvârşite.

D-sa ne oferă un reconfortant exemplu, pentru consolidarea unităţei naţionale, de repeziciunea cu care fraţii noştrii reuşesc să-şi asimileze, în întregime, cultura, graiul şi concepţiile ţării mame.

* * *

PROF. NANU-MUSCEL reprezintă în medicina română unul din cei mai credincioşi partizani ai tradiţionalei clinici franceze. Elev al acestei şcoli, D-sa este un aprig propagator al examenului clinic excesiv de amănunţit. Graţie însuşirilor salle didactice, ce sunt neîndoios excepţionale, această sănătoasă metodă a fost răspândită în toate colţurile ţării.

Rolul crescând al examenelor de laborator, cărora D-sa le acordă o deosebită atenţie, nu l'a făcut să renunţe la ceia ce D-sa, cu drept cuvânt numeşte „importanta moştenire clinică" ce trebueşte conservată cu sfinţenie.

Intr'una din primele sale lucrări mai importante — în memoriul publicat pentru ocuparea postului de medic primar — D-sa a delimitat o variantă clinică a pneumoniei, aceia ce D-sa a numit „pneumo-patiile pneumo-cocice atenuate". D-sa a precizat individualitatea acestei afecţiuni ce se deosebeşte de pneumonia clasică, cu toată origina sa pneumococică, prin mobilitatea simptomelor, prin durata lor scurtă şi prin prognosticul întotdeauna favorabil.

Acum 3 decenii, când studiul pulsului lent permanent de abia începuse, D-sa a publicat observaţia completă a unui astfel de caz constatând, printre cei dintâi, accelerarea pulsului, până la dublare, sub influenţa febrei.

Tot dela acea dată D-sa întrebuinţând examenul radioscopic, care atunci era de abia în faşe a putut localiza un chist idatic al pulmonului. Amintim că numai cu 2 ani înainte, vestitul Prof. Holtzknecht, azi dispărut, publicase primele cazuri de radiodiagnostic pulmonar.

Atari diagnostice, destul de uşoare şi curente pentru generaţia noastră, constituiau la acea dată o adevărată operă de pioner al clinicei medicale.

Intrebuinţând metoda injecţiilor intra-pleurale cu albastru de metileu, D-sa a facilitat apreciabil diagnosticul unei afecţiuni greu de precizat, acela al pleureziilor multi-loculare.

In teza elevului său Vera a arătat importanţa acestei metode, în aprecierea exactă a abundenţei revărsărilor pleurale, apreciere destul de dificilă la acea dată, când examenul radioscopic încă nu se generalizase. Impreună cu fostul său secundar, Agregatul Mironescu, Prof. Nanu-Muscel a constatat că substanţele amare po-

1) Nota Autorului. Publicarea, în răstimp. a unui minunat tratat de Patologie ce l-am recenzat amănunţit în Revista Ştiinţelor Medicale, desăvârşeşte o producţie în deosebi de fertilă.

sedă importantă însuşire de a spori secreţia gastrică, însuşire ce şi-a găsit o deasă întrebuinţare în tratamentul ipoclorbidei.

Inspirând lucrările inaugurale a elevilor săi Iureş şi Filipescu, D-sa a scos în evidenţă avantajiile semnului banului în diagnosticul pleureziei. Acest studiu a contribuit la extinderea unei metode de diagnostic extrem de comodă, ce este zilnic întrebuinţată.

Impreună cu elevii săi Lăzeanu şi Pavel, D-sa a publicat observaţii de Endocardită lentă încă de acum 16 ani, când studiul acestei afecţiuni era încă la început.

Utilizând colaborarea lui Saragea, D-sa a fost printre cei dintâi, în ţară la noi, cari au obţinut modificarea prielnică a anemiei pernicioase prin ingestiunea de ficat. O modificare asemănătoare a fost observată în acelaş timp, în clinica Prof. Teohari

In lunile premergătoare războiului, Prof. Nanu-Muscel, împreună cu şeful său de clinică D-r Agregat Alexandrescu-Dersca, observând 50 de cazuri de Febră recurentă, de care fusese infectat însăşi colaboratorul său, a publicat un important şi instructiv studiu al acestei afecţiuni, aproape complet necunoscută în ţările occidentale. Ca şi multe alte publicări româneşti această lucrare nu a avut, nici parţial, răsunetul meritat.

Regretabila tardivitate a identificărei epidemiei de febră recurentă ce a făcut atâtea ravagii la Iaşi şi în toată Moldova în timpul războiului, se datoreşte în parte, ignorărei acestei importante publicaţii. Această constatare reprezintă încă o dovadă a neîndestulătoarei atenţii ce se dă producţiei ştiinţifice româneşti.

In clinica D-sale, Agregatul Alex.-Dersca a întrebuinţat, pentru prima oară în ţara noastră, injecţiile intra-venoase cu oxigen şi cu oleu camforat, tratament ce comportă numeroase indicaţiuni.

Aplicaţiile clinice ale chimiei biologice, graţie capacităţei eminentului său Confer. V. Ciocâlteu, au produs rezultate în deosebi fructuoase. Printre aceştia enumăr rolul amoniemiei în etiologia fenomenelor uremice, cercetările asupra uricemiei şi creatinemiei, precum şi valoarea colesterinei în litiaza biliară. Studiul acidozei în nefrite a condus la importante rezultate practice. In clinica Prof. Nanu-Muscel s'a întrebuinţat pe o scară destul de întinsă metoda alcalinizărei în intoxicaţiile cu sublimat. Procentul mortalităţei, atât de mare, în această intoxicaţie, a fost apreciabil scăzut.

In domeniul gastro-enterologiei Prof. Nanu-Muscel în colaboraţie cu Pavel, a relevat rolul spasmului sfincterului lui Oddi în producerea unora din icterile prelungite.

Ftiziologia a făcut obiectul unui atent studiu în clinica D-sale. D-l Docent Stoichiţă, a studiat amănunţit variaţiunile presiunei intrapleurale în pneumothoraxul spontan.

Radiologia metodic utilizată de Prof. Nanu-Muscel, după cum am arătat, încă de acum trei decenii, a fost aplicată într'o largă măsură de Conf. Lăzeanu, merituosul său şef de laborator. Aproape 40 de lucrări, dintre care unele au fost comunicate la congresele internaţionale din Paris şi din Alger, reprezintă rezultatul activităţei radiologice.

Printre aceste lucrări trebuesc relevate cele asupra pneumoperitoneului şi colecisto-grafiei, metodă întrebuinţată pentru prima dată în ţara noastră.

Importanţa acestor lucrări reesă din faptul că ele sunt citate în Tratatul de boli de copii al lui Grancher, Comby; în Tr. de medicină a lui Bouchard şi Brissaud şi Brouardel-Gilbert, în lecţiile lui Peter şi în fine în Radiologia inimei şi aortei a lui Vaquez şi Bordet.

Prof. Nanu-Muscel este Nestorul interniştilor români. In toamna vieţei sale, D-sa priveşte cu deplină seninătate la munca sa ştiinţifică şi didactică pe cât de rodnică pe atât de plină de probitate.

Din punct de vedere sufletesc Prof. Nanu-Muscel întrupează acea însuşire specific românească, omenia, virtute care constitue, după modesta mea părere, cea mai preţioasă calitate a neamului nostru. Această omenie, unită cu bunătatea sa părintească, explică neţărmurita dragoste cu care elevii săi în totdeauna l-au înconjurat.

Incă de acum 27 de ani, când i-am fost extern şi intern, mă număr şi eu printre elevii săi.

Căldura şi emoţia cu care îi expun personalitatea sa ştiinţifică şi caracterul său, este astfel foarte uşor de înţeles.

* * *

Producţia PROF. A. THEOHARI reprezintă rezolvarea a numeroase şi importante probleme de clinică, de therapeutică şi de balneologie.

Această rezolvare îşi găseşte origina în cercetările sale anterioare de Istologie şi de Medicină experimentală ce le-a făcut în timpul externatului şi internatului său la Paris.

Convins că fără cunoaşterea chimiei biologice un progres real în clinică este greu de înfăptuit, el şi-a apropiat aceste cunoştinţe la Universitatea din Heidelberg.

Trebue relevată împrejurarea, desigur nu prea obişnuită, că această completare de studii s'a făcut după ce-şi căştigase titlul de Profesor Universitar.

In lucrările sale cele mai de seamă de istologie normală şi patologică, făcute la Paris, a studiat celulele secretorii gastrice şi renale.

Cercetând structura fină a celulelor principale ale mucoasei stomacale el a stabilit un raport nou: diferenţierea reticului citoplasmic în filamente bazale. La rândul lor, filamentele se transformă în granulaţii acidofile cari, după trecerea prin stadiul neutrofil, constituesc pepsinogenul. Această lucrare clasică este citată în tratatul lui Prenant.

Continuând cercetările la animalele cărora le-a secţionat nervul pneumo-gastric, Theohari a putut constata dispariţia granulaţiilor şi filamentelor descrise de el. Şi această lucrare este citată în tratatul lui Ramon.

Prin administrarea îndelungată de iodură de potasiu la câini a putut constata dispariţia celulelor principale. A adus astfel proba decisivă că aceste celule, şi nu cele de bordură, sunt acelea care fabrică pepsina.

Studiul paralel al structurei fine stomacale şi al chimismului gastric a fost făcut prin ingerarea de alcool. Utilizând această metodă Theohari a constatat ipersecreţiunea clorului şi a pepsinei urmate apoi de diminuarea lor.

Prof. Theohari a terminat aceste studii isto-patologice gastrice provocând iperclorhidria experimentală atât prin ingestiunea de clorhidrat de chinină cât şi printr'o citolyzină gastrică preparată de dânsul. Cu ajutorul acestor metode a găsit, din punct de vedere istologic imagini de excitaţie funcţională, ce constau în prezenţa a numeroase granule de ferment în celulele principale. In chipul acesta a putut stabili, — stabilire ce i-a fost coroborată şi de cercetările făcute cu ajutorul citolizinei gastrice, — natura intimă a iperclorhidriei. Această turburare nu se datoreşte, unei proliferări sau degenerări celulare ce reprezintă, dupe interesanta sa concepţie, o tulburare funcţională ce se traduce prin excitaţia secretorie a celulelor glandulare.

Cercetările asupra constituţiei fine a epiteliului tubilor contorţi ai rinichiului l-au condus la rezultate tot atât de interesante ca şi la stomac.

Theohari a putut stabili noţiunea capitală a naturei reticulogranulare a acestor celule. Stabilirea acestui fapt nou, se găseşte expusă în tratatul clasic de anatomie a lui Poirier.

Continuând acest studiu şi în stare patologică, Prof. Theohari a găsit 2 feluri de leziuni: reparabile, consistând în tumefacţia reticulului şi nereparabile, reprezentate de dispariţia sa.

Impreună cu Dr. A. Babeş, el a reuşit să prepare, pentru prima dată, un ser gastro-toxic, cu ajutorul căruia a produs leziuni grave caracteristice, ale mucoasei stomacului şi intestinului subţire. Aceste rezultate sunt consemnate în tratatul de imunitate al lui Bordet.

Relevez cu plăcere că aceste cercetări au fost comunicate Soc. de Medici şi Naturalişti de aici din Iaşi în timpul când Theohari avea cinstea să fie Profesor la această Facultate.

Soliditatea producţiei sale clinico-terapeutice şi balneologice de mai târziu, este neîndoios datorită fundamentului istopatologic expus, pe care a fost zidit. Balneologia Română, al cărui maestru de toţi de recunoscut a fost Prof. Theohari, îi datoreşte ieşirea din stadiul aproape empiric în care se găsea.

Lucrarea sa asupra apelor de Slănic, publicată împreună cu regretatul Dr. A. Babeş în 1921, reprezintă începutul stadiului ştiinţific al balneologiei româneşti. Numeroase lucrări ulterioare, făcute sub inspiraţia sa în Institutul de Balneologie, sunt bazate aproape exclusiv pe metoda experimentală.

Impreună cu preţioasa contribuţie a şcoalei ieşene, reprezentată cu atâta strălucire de colegii Prof. Şumuleanu şi Tudoran, aceste lucrări au contribuit la precizarea indicaţiilor şi contra indicaţiilor a aproape tuturor apelor minerale româneşti mai de seamă. In cadrul acestor lucrări intră tratamentul litiazei biliare cu ipopepsie prin soluţiunea alcalină şi prin apa de Slănic.

Incă din anul 1905 Prof. Theohari a făcut o importantă

constatare confirmată 7 ani după aceia de numeroşi alţi clinicieni. Lithiazicii suferă de ipo sau ana-clorhidrie în aproape 90% din cazuri. Sporind secreţiunea stomacală prin alcaline şi apă de Slănic, el a observat adesea ori dispariţia durerilor şi în unele cazuri îndepărtarea constipaţiei fie de tip atonic sau spastic.

Analizarea, chiar fugace, a celorlalte lucrări de balneologie precum şi acelea de talasoterapie prezentate congresului internaţional din Constanţa, fiind imposibilă, amintesc numai cercetările asupra apei de Căciulata consemnate în teza elevului său Coca. In mod experimental s'a învederat acţiunea ipertensivă şi reno-congestivă a acestei ape. Stabilirea acestui fapt în deosebi de important, a îngăduit evitarea accidentelor mortale provocate de administrarea apei de Căciulata în cazurile de ipertensiune accentuată.

In domeniul clinicei propriu zisă, citez printre numeroasele noi achiziţii făcute de Theohari, constatarea unei stări sub-febrile permanente în tetania latentă. Influenţa ipo-calcemiei, de origină endo-criniană asupra centrului termic explică turburarea observată.

In cadrul ipocalcemiilor intră şi demonstrarea următoarelor fapte noui de o deosebită importanţă practică: astmul nu reprezintă decât o tetanie bronchică, iar bronchiticii emfizematoşi nu sunt în realitate de cât nişte astmatici larvaţi. Elucidarea patogeniei a acestor două boli, atât de discutată până acum, a fost consemnată în tezele a doi din elevii săi Giugaru şi Dăniţă.

Relevez printre celelalte lucrări mai de seamă examenul funcţional al rinichilor prin lactoză şi fenol-ftaleină, explorarea clinică a pancreasului, pleureziile reumatizmale, spasmul medio-gastric şi nefritele coli-bacilare.

Dintre lucrările de chimie biologică, aplicate în clinică, citez cercetările asupra cristalilor refringenţi din urină scleroşilor, controlul icterelor prelungite şi grave prin amino-acidurie şi azotul rezidual.

In materie de terapeutică, Theohari a studiat împreună cu Giurea acţiunea diureticilor în nefrita experimentală, lucrare ce se găseşte citată în marele tratat de Farmacologie al lui Heffter.

Prof. Theohari a întrebuinţat cu succes Emetina, încă din 1914, în bronşitele cronice şi apoi în gangrena pulmonară, tratament ce a devenit apoi clasic.

El a extins acest tratament şi în alte afecţiuni pulmonare grave. Astfel, a putut obţine atât suspensiunea hemoptiziilor în bronşitele hemoptoice cu fuzo-spirili cât şi vindecarea bronşitelor fetide provocate de acelaş agent. El a atribuit aceste vindecări rapide unei acţiuni destructive exercitată asupra fuzo-spirililor.

Acum 14 ani Theohari a reluat studiul acţiunei ipotensive a unui diuretic destul de întrebuinţat — *teocina*, acţiune ce fusese constatată tot de el încă din 1910. A putut stabili mecanismul care constă în scăderea excitabilităţei marilor nervi splachnici, scădere ce este urmată de diminuarea secreţiunei glandelor supra-renale. Această ipotensiune explică bunele rezultate obţinute de el în tratamentul aortitelor sifilitice şi scleroase prin teocină.

Succesul constă în suprimarea sau atenuarea acceselor angi-

noase în timpul administrărei medicamentului, care influenţează favorabil ipertensiunea.

Cele mai de seamă lucrări terapeutice inspirate de el au fost următoarele: Clismele nutritive cu erepton, cloralul în combaterea vazo-constricţiilor nefritelor ipertensive, urotropina intra-venos în icterele benigne şi cura de ficat în anemia pernicioasă.

Tratatul său elementar de Terapeutică publicat în numeroase volume ce au apărut cu regularitate din anul 1922 până astăzi consemnează în mod metodic o îndelungată experienţă personală.

Indepărtarea ori cărei supra-preţuiri a rezultatelor expuse, atât a lucrărilor proprii analizate mai sus cât şi a celora a autorilor, înlocuirea tendinţei la exces de optimism atât de obişnuită în tratatele similare, constituesc însuşirile de înaltă obiectivitate a acestei impunătoare opere.

Publicarea postumă a acestor volume într'un tratat unitar, în limba franceză, a îngăduit extensiunea uneia din cele mai de seamă producţiuni româneşti în domeniul didactic.

Terminându-mi expunerea nu pot lăsa nerelevat meritul cel mai de seamă al producţiunei clinico-medicale româneşti, că a fost făcută cu multe greutăţi şi cu multe lipsuri. Numai două din cele şease clinici româneşti posedă strictul necesar; cele lalte au fost silite să utilizeze până la maximum puţinul ce posedă, să improvizeze şi uneori chiar să împrumute aparatele altor laboratorii.

Sentimentul de îndreptăţită admiraţie a activităţei clinice din trecut este atenuat de îngrijorarea provocată de lipsurile ce încep să fie împlinite într'un ritm destul de încet. Numai o încordare a muncei intelectuale va putea compensa insuficienţa înzestrărei actuale.

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR şi AL MUŞCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătăţii

Apreciat de D-nii Medici Neurologi şi Internişti

în cazurile:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral. — Anemie. — Convalescenţă. — Extenuare. — Melancolie. — Nevrostenie. — Nervi sensoriali. — Insuficienţă sexuală. — Timiditate. — Tic Nervos, etc., etc.

Marca preparatului

Reconfortant. Reconstituant. Tonic. Aperitiv.

POSOLOGIE: Adulţi: 2—4 linguriţe zilnic înaintea meselor.

REVISTA TERAPEUTICA ANUALA
(1 Januarie 1936—31 Decembrie 1936)

de

Docent D-r GH. NICULESCU
medic primar

şi

D-r M. STANESCU
medic secundar

(Urmare)

TERAPEUTICA BOALELOR DE NUTRIŢIE.

DIABET.

Tratamentul diabetului cu compuşi insolubili de insulină.

Bischoff şi Maxwell au stabilit că taninul este un bun precipitant al hormonelor cu caracter proteinic şi că sarea care rezultă este mai eficace biologiceşte decât hormonul simplu.

Insulina, combinată cu taninul, este absorbită mai încet şi exercită un efect mai durabil asupra glicemiei animalelor decât insulina pură.

Gray [68]) a tratat cu această formă de insulină 18 diabetici de vârste diferite. Injecţiile au fost bine tolerate şi cu eficacitate mărită. Compusul tanic se prepară în seringă amestecând părţi egale de insulină cu o soluţie de tanin (aşa fel ca să rezulte o concentraţie în tanin de 3 mgr. % după amestecul cu insulină).

Tot pentru a încetini resorbţia insulinei şi a dispensa pe bolnavi de injecţiile repetate şi de a-i feri de variaţii brusce ale glicemiei în urma injecţiilor de insulină simplă, s'a propus amestecul acestui produs hormonal cu o soluţie de protamină (Hagedorm, Jensen, Krarup Wodstrup [69]). Insulinatul de protamină rezultat, este mai scump decât compusul tanic pomenit mai sus; acţiunea lor este echivalentă.

Radioterapie. Hutton, Culpeper şi Olson [70]) au obţinut rezultate bune cu doze mici de raze X, aplicate ca tratament adjuvant.

Tratamentul acidozei şi comei diabetice.

Darnaud [71]) expune metoda pe care o urmează în tratamentul acidozei şi comei diabetice. El pune bolnavul la pat imediat ce acidoza a apărut în mod evident. Clismă cu glicerină. Alimentează bolnavul cu 20 de raţii alimentare a 15 gr. de hidraţi de carbon în 24

ore. Dacă bolnavul are vărsături şi nu se poate alimenta, recurge la clisme rectale goutte-à goutte cu soluţia de glucoză 47% cu ritmul de un litru în 80 minute. Administrează insulină subcutan la fiecare jumătate oră câte 20 unităţi până când reacţia Gerhard în urină devine negativă; răreşte injecţiile la interval de o oră, apoi la două ore până ce reacţia lui Legal devine negativă. Se revine apoi la regimul normal. In caz de comă confirmată, se încălzeşte bolnavul şi i se goleşte tubul digestiv; se pune apoi imediat o clismă goutte-à goutte; se fac 20 unităţi insulină intravenos şi 20 unităţi subcutan. Se continuă apoi cu 20 unităţi insulină subcutan la jumătate oră interval ca în acidoză şi în aceleaşi condiţii. In plus se administrează tonicardiace (ol. canforat cafeinat, ouabaină). Eficacitatea tratamentului depinde de rapiditatea aplicării lui.

Tratamentul diabetului cu extract testicular.

L. Cornil şi Paillas[72]), injectând la diabetici o soluţie apoasă, intravenos, coprinzând 10 gr. de glandă totală şi proaspătă, pe 5 diabetici, au obţinut patru reacţiuni favorabile. Acţiunea hypoglicemiantă a extractului testicular s'ar datori faptului că el provoacă o hiperplazie şi o hipergeneză difuză a insulelor lui Langerhans.

S. Stoicescu şi Gingold[73]) din Clinica Prof. Danielopol comunică mai multe note Academiei de Medicină în care stabilesc acţiunea acidului ascorbic (vitamina C) asupra metabolismului hidraţilor de carbon la diabetici.

OBESITATE.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Hansen[84]) a obţinut pe 21 de obezi scăderi în greutate de 870 de gr. pe săptămână cu un regim conţinând 71 gr. de proteine, 117 gr. grăsimi şi 112 gr. hidraţi de carbon însumând 1850 calorii zilnic.

CURA DE INGRAŞARE.

Văzând creşterea în greutate obţinută în boala lui Basedow după administrare de vitamină A. (Vogan), Wendt[74]) a încercat acest preparat în stări de slăbiciune generală. A tratat 11 bolnave cu greutăţi corporale scăzute dându-le de 3 ori pe zi câte 30 picături, fără alt tratament. Nouă paciente au beneficiat de acest tratament; una din ele a câştigat 5,5 kgr. în opt săptămâni. Se admite că vitamina A. limitează arderea grăsimilor.

ANAFILAXIE.

Legrand[75]) ajunge la concluzia că pancreatina este medicaţiunea specifică preventivă şi curativă a anafilaxiei alimentare şi serice. Dozele trebuesc să fie mari şi administrate per os, iar ciclul unui tratament nu trebue să fie mai mic de 18 zile.

TRAT. ALLERG GASTRICE. (Vezi tub digestiv).

MIGRENA.

In migrenele de cauză locală s'au utilizat cu succes şi iradiaţiunile de unde ultrascurte (Paulian şi Bistriceanu[76]).

URTICARIE.

Alechinsky[77]) a obţinut rezultate terapeutice excelente în urticarie cu doze masive de acid lactic pe cale bucală (15 gr. pe zi), confirmând astfel observaţiile lui Camecasse.

BOALA LUI DERCUM.

Montgomery[78]) a tratat prin radioterapie un caz de boală a lui Dercum şi a obţinut dispariţia durerilor dela a doua şedinţă.

PELAGRA.

Haţieganu şi Spârchez[79]) recomandă administrarea de acid clorhidric şi de pepsină în timpul mesei şi doze mari (3—4 gr. zilnic) de fer redus prin hidrogen după mese; iar în anemiile concomitente cu hematii sub 3.000.000 pe mmc. extracte de ficat. Au ajuns la aceste concluzii pornind dela constatarea frecventă a anaclorhidriei în pelagră, cauzată de atrofia mucoasei gastrice şi a relei utilizări a fierului probabil prin lipsa factorului intrinsec al lui Castle. Preventiv, propun utilizarea fierului care favorizând oxidaţiile ar evita instalarea avitaminozei.

REUMATISM CRONIC.

Tratament parathiroidian. Parturier[80]) a tratat câteva cazuri de reumatism cronic cu un „ser parathiroidian" preparat de Péneau. Acest preparat ar avea şansa de a fi eficace în artroze.

Mollet Gui şi Welti[81]) au obţinut rezultate bune în două cazuri de reumatism vertebral tratate prin parathiroidectomie unilaterală. Bolnavii s'au ameliorat mult. Calcemia s'a coborît la limitele normale. Parathiroidectomia este fără efect asupra reumatismelor deformante şi poliartritelor anchilozante; ea lucrează mai favorabil asupra reumatismelor cu localizare vertebrală.

Injecţii de histamină. Weissenbach şi Perles[82]) au obţinut rezultate bune cu injecţii intradermice de histamină în tratamentul durerii şi contractărilor în cursul reumatismelor cronice şi acute (Coxartrie, lombartrie, nevralgie sciatică, nevralgie cervico-brachială, periatrite cronice, lumbago, torticolis).

Coste a utilizat în acelaş scop histamina sub formă de ionizări.

Injecţii cu săruri de aur. Bălănescu, Stoia, Oeriu[83]), au utilizat cu succes în tratamentul reumatismului cronic şi subacut o nouă sare de aur (Bălănescu-Oeriu). Se fac injecţii intramusculare şi intravenoase la trei zile interval. In general, rezultatele bune au venit după 3—12 injecţiuni.

Apicoterapie. Reumatisme cronice şi algii tratate cu venin de albine (vezi sistem nervos).

Iodoterapie. Iodul în tratamentul reumatismului şi sciaticei (vezi sistem nervos).

* * *

ENDOCRINE.

HIPOFIZA.

Principiul hipofizar anterior în ectopia testiculară. Goldmann, Stern şi Lepine[85]) au tratat 11 cazuri de ectopie testiculară prin

injecţii de extracte din urina de femee gravidă conţinând 125 unităţi şobolani pe 1 cc. 1—3 injecţii zilnice, în total 1800—14.000 unităţi şobolani. In 10 cazuri s'a obţinut coborîrea şi desvoltarea testiculelor.

Prolanul în acneea vulgară. Plecând dela ipoteza că acneea este legată de o insuficienţă hipofizo-genitală, Lawrance[86]) a făcut la 30 de bolnavi injecţii de antuitrin, 2 cc. la 2 zile, până la vindecare. Durata tratamentului a variat între 3—16 săptămâni, succesele aproape unanime.

Alte indicaţiuni terapeutice ale extr. ante-hipofizare şi prolanului. Rivoire[87]) rezumă indicaţiile terapeutice ale produselor antehipofizare.

A. Infantilismul de origină hipofizară.

B. Turburări genitale; la femee: 1) Amenorea primitivă care de obiceiu este de origină hipofizară; 2) hemoragiile prin endometrita glandulară hiperplazică, ce se observă la pubertate şi menopauză; 3) dismenorea, mai ales când este datorită unei insuficienţe luteinice. 100 unităţi de prolan administrate zilnic în cele trei zile ce preced menstruaţia, împiedică de obiceiu durerile menstruale. Nu trebue insistat dacă nu obţine rezultate după 2—3 încercări; 4) Sterilizarea şi avortul obişnuit printr'o lipsă de transformare pregravidică a endometrului, nu sunt influenţate decât rare ori.

La bărbat: 1) Aspermia ar fi vindecată prin preparate antehipofizare; se pare însă că a fost vorba de simple coincidenţe; 2) impotenţa, fiind de cauze multiple, nu constitue o indicaţie.

C. In turburări endocriniene; în boala lui Simmonds şi în anorexia mentală, cu efecte bune.

D. Alte indicaţii; alopecia (după Bentson 1931) ar fi influenţată favorabil prin tratament antehipofizar. Rivoire a avut eşecuri constante.

DIABET INSIPID.

Drouet, Vérain, Grandpierre şi Pierquin[88]) aduc cazul unui bolnav cu sindrom infundibulo-tuberian cu poliurie şi glicozurie de origină traumatică, tratat cu unde scurte pe regiunea hipofizo-tuberiană. Diureza a devenit normală, apoi s'a urcat uşor; glicozuria a dispărut însă complect.

TIROIDA.

Producerea artificială a unei hiperplazii tiroidiene.

Zondeck[89]), administrând în tireotoxicoze doze mici de soluţie iodo iodurată, (de 3 ori pe zi 1—5 picături) timp de săptămâni sau luni, a ajuns la formarea de guşă care poate fi operată foarte simplu. Extirpând guşa formată artificial, se înlătură concomitent cauza fenomenelor de intoxicaţie tiroidiană.

Sărurile de aur în tratamentul hipertiroidismului.

Pornind dela constatarea lui Maranon că sindromele hipertiroidiene sunt mai frecvente la tuberculoşi, Fuertes[90]) a experimentat chrysoterapia intramusculară pe 13 hipertiroidieni şi a obţinut rezultate favorabile cel puţin în 8 din cazuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Radioterapia în boala lui Basedow.

Levy şi Gally[91]) propun un nou tratament radioterapic, utilizând marea penetraţiune de raze X, un filtraj gros, o iradiaţiune lungă şi doze dela 1500 la 13.000 R. internaţionale. Pe 172 de cazuri tratate în timp de 10 ani, au avut rezultate mai rapide, eşecuri mai rare şi recidive mai puţin frecvente. Nu au avut inconveniente ca: pigmentaţie cutanată, scleroză tiroidiană, mixoedem.

PARATIROIDE.

Noui tratamente în tetanie.

Leriche şi Jung[92]) au propus şi executat simpatectomia cervicală într'un caz de tetanie la un copil de 11 ani care s'a vindecat, vindecarea menţinându-se şi la 20 luni dela intervenţie. Intr'un alt caz de tetanie au făcut simpatectomia pericarotidiană cu ablaţia glomusului şi au avut un efect durabil. Este posibil deci de a influenţa insuficienţa glandelor paratiroidiene prin operaţiuni nervoase apropiate.

Hormone paratiroidiene şi epilepsie (vezi nervoase).

Astm şi medicaţiunea paratiroidiană (vezi ap. respirator).

Parturier şi Valleix[93]) au constatat ameliorări, subiective şi obiective la bolnavii cu cataractă trataţi cu parathiron.

Tratamentul paratiroidian în reumatismele cronice (vezi nutriţie).

Paratiroidectomie în reumatismul ankilozant vertebral (vezi nutriţie).

PANCREAS.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Insulinoterapie.

Tratamentul astmului bronşic prin şocuri insulinice (vezi aparat respirator).

Socul insulinic în schizofrenie (vezi nervoase).

Socul insulinic în excitaţia maniacală (vezi nervoase).

Insulinoterapia în dismenoree.

Altschul[94]) pe 10 cazuri din 12 de dismenoree primitivă, a obţinut dispariţia durerilor menstruale întrebuinţând zilnic 10 unităţi, cu 5—7 zile mai înainte şi în timpul menstruaţiei.

OVAR.

Foliculinoterapia în hemofilie (vezi sânge).

Foliculinoterapia în acnee.

Alechinsky[95]) inspirat de lucrările lui Zondek, aplică foliculină local în doze de 25—50.000 unităţi; obţine destul de repede dispariţia leziunilor cutanate.

Hormonul folicular în tratamentul blenoragiei infantile.

Hohorst şi Gassmann[96]), pe 10 cazuri de vulvovaginită gonococică, au aplicat tratamentul cu foliculină obţinând o micşorare a duratei bolii. Ei fac 10.000 unităţi intramuscular în prima zi, apoi dau câte 4.000 unităţi per os zilnic până la vindecare.

DIFERITE.

Tratamentul opoterapic al febrei tifoide (vezi infecţioase).

Acţiunea hemostatică a hormonelor.

Crăiniceanu[97]) pe 27 de cazuri de meno- şi metroragii a avut

rezultate bune, două ameliorări, două insuccese, utilizând extracte de corp galben, insulină şi thécagen (substanţă extrasă din urina femeilor gravide).

* * *

TERAPEUTICA BOALELOR APARATULUI RESPIRATOR.

ASTM.

Astm şi insulină.

Wagierko[98]) tratează astmaticii prin injecţii de insulină în doze provocatoare de şoc hypoglicemic. De obiceiu primul şoc este provocat în cursul unei perioade dispneizante; în general 40 unităţi de insulină sunt suficiente; când accesul dispneic apare după masă, atunci doza trebue mărită la 60—80 şi chiar 100 unităţi, ba chiar trebue administrată intravenos. Şocul hypoglicemic apare după o jumătate, două sau trei ore dela injecţie, caracterizat prin slăbiciune generală, sudori, foame imperioasă, tachicardie şi este lăsat să evolueze până când dispare dispneea; atunci se suprimă şocul administrând bolnavului 40 gr. zahăr dizolvate în ceai. Şocurile următoare pot fi provocate şi în afara acceselor de dispnee la câteva zile interval. In total se fac 15—25 de şocuri.

Are 40 de bolnavi trataţi astfel cu rezultate satisfăcătoare. Crizele se răresc şi se micşorează în intensitate sau chiar dispar complect.

Astm nazal şi medicaţie paratiroidiană.

Parturier[99]) are 4 observaţii de astm nazal ameliorate, în aşa fel că pot fi considerate ca vindecate cu parathyron administrat în injecţii, per os, în supozitoare şi în pulverizaţii nazale.

BCU Iasi / Central University Library Cluj

HEMOPTIZII.

Injecţii subcutanate de oxigen.

Ciorapciu şi Popescu[100]) au obţinut rezultate bune tratând 25 de bolnavi cu hemoptizii prin injecţii subcutanate de oxigen, confirmând astfel eficacitatea oxigenoterapiei preconizată şi aplicată întâi de Ravina, apoi de Courcoux şi Bourgeois.

Ei administrează oxigenul de preferinţă sub pielea coapsei în cantităţi variabile. Din 25 bolnavi, 23 au fost bacilari. La cei doi nebacilari hemoptizia a încetat după o singură injecţie la 14 bolnavi bacilari după 1—3 injecţii, iar la ultimii 9 bacilari a fost fost nevoe de asocierea altor mijloace terapeutice.

Amintesc hipoteza lui Ravina că injecţiunea bruscă de oxigen pare să producă un reflex vaso-constrictor pulmonar.

Pneumo-peritoniu.

In 1933, Vajda a reuşit să oprească o hemoptizie rebelă prin instituirea unui pneumoperitoneu.

Ferrari[101]) a încercat metoda în patru cazuri. El a injectat între 800—1000 cmc. de oxigen sau de aer filtrat şi a obţinut oprirea imediată a hemoptiziilor rebele şi abondente. Mecanismul prin care lucrează pneumoperitoneul este nesigur; limitarea mişcărilor diafragmului sau o acţiune comparativă cu cea a injecţiilor subcutanate de oxigen.

PNEUMONIE.

Tratament prin pneumotorax.

Abernethy, Horsfall şi Mac Leod[102]) au tratat 6 cazuri de pneumonie lobară prin pneumotorax. Impresiunea autorilor este că această metodă terapeutică nu scurtează durata boalei.

BRONCHOPNEUMONIE.

Tratamentul prin transfuzii.

Rohmer şi Schneegans[103]) admit că transfuziile de sânge au acţiune curativă în bronchopneumoniile primei vârste. Efectul lor este net şi rapid; ele trebuesc repetate până când se ajunge la dispariţia definitivă a temperaturei.

PLEUREZIE.

Pleurezie purulentă streptococică.

Melmotte şi Briquel[104]) au tratat 7 cazuri de pleurezie purulentă streptococică cu clorhidrat de sulfamidocrizoidină pe cale bucală. Din 5 cazuri tratate precoce, patru s'au vindecat numai prin tratamentul medical, unul după pleurotomie; din două cazuri, tratate tardiv şi vindecate, numai unul a avut pleurotomie.

ABCES PULMONAR.

Charles şi Massière[105]), după injecţiuni cu 15 cmc. alcool 10% intravenos şi apoi de sulf coloidal intramuscular, fără succes au făcut unui bolnav prezentând un abces pulmonar, injecţiuni intravenoase de benzoat de sodiu 20%, câte 20 cc. zilnic, după metoda lui Goldkorn. După 13 injecţiuni s'a ajuns la apirexie; ameliorarea a fost verificată şi radiografic.

Schiephake[106]) a asociat tratamentului obicinuit aplicarea de unde scurte în abcesele pulmonare, cu rezultate bune. Publică mai multe cazuri cu 8 radiografii cari arată vindecare complectă chiar. După primele 6 şedinţe ameliorarea este evidentă; după 20 şedinţe, S. a notat deseori dispariţia radiografică a abcesului şi aproape totdeauna vindecarea a fost definitivă.

TUBERCULOZA.

Injecţii cu benzoat de sodiu.

Goldkorn şi Bielenki[212]), Bibicescu, Polatos şi Cipăianu[213]) publică rezultate bune cu injecţii intravenoase de benzoat de sodiu în tuberculoza pulmonară.

Cholesterol şi antigen metilic.

Barbery[107]) asociază injecţii de cholesterină tratamentului cu antigen şi obţine rezultate mai bune decât cu fiecare din ele în parte. Formula preparatului injectabil cu cholesterol este următoarea: cholesterină pură 0.10 ctg., cinamat de benzol 0.05 ctg., camfor 0.125 mgr. ol. olivarum purif. 5 cc. pentru o fiolă.

O serie de injecţiuni durează 15 zile; zilnic se fac subcutanat injecţiuni cu 10 cc. de cholesterină; de două ori pe săptămână se adaugă şi câte o jumătate cc. de antigen metilic diluat. După o pauză de 8 zile, se face a doua serie de injecţiuni, cu doza dublă

de antigen (1 cc.). Se repetă apoi. Acest tratament este aplicabil în orice formă de tuberculoză (pulmonară, osoasă, ganglionară, cutanată).

Rhodanat de aur şi aluminiu.

Băltăceanu şi Vasiliu[108]) au obţinut rezultate bune atât în tuberculoza pulmonară cât şi în reumatisme cronice cu rhodanatul dublu de aur şi aluminiu („Rhodalor") preparat de Prof. Niţescu şi Martinescu.

Stoia şi Săndulescu[109]) confirmă eficacitatea tratamentului.

Oxigenoterapie parenterală.

Frola[110]) arată că, în afara hemoptiziilor, injecţiunile subcutanate de oxigen, făcute odată la 2 zile câte 200 cc. sunt utile în tratamentul tuberculozei pulmonare. Se observă creştere în greutate, temperatura tinde să scadă, viteza de sedimentare a globulelor roşii se micşorează, pofta de mâncare devine mai bună şi bolnavul se simte bine.

Vitamina C. şi tuberculoza pulmonară.

Hasselbach[111]) a observat la tuberculoşii pulmonari o carenţă în vitamina C., cu atât mai marcată cu cât leziunile sunt mai avansate. A făcut injecţii intravenoase de vitamină C., în doză medie de 2000—2500 de miligrame în 7—8 zile. După Hasselbach, vitamina C. are un rol eficace în tuberculoza pulmonară. In primul rând este indicată acolo unde se constată o insuficienţă în vitamină C., apoi în micile hemoptizii repetate. Asocierea cu alte vitamine şi cu preparatele de aur pare să dea rezultate bune. Hasselbach se întreabă dacă rezultatele fericite obţinute cu regimurile sărace în clorur de sodiu nu trebuesc atribuite în mare parte bogăţiei acestor regimuri în vitamină C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Scalenotomia în cavernele apicale.

Scalenotomia ocupă un loc restrâns în tratamentul chirurgical al cavernelor tuberculoase; mai adesea este aplicată ca adjuvant al unei frenicectomii şi, excepţional ca o metodă de pregătire pentru toracoplastie. Maurer, Monod şi Benzart[112]) au aplicat scalenotomia în tratamentul cavernelor tuberculoase ale vârfului pulmonar pe 35 de cazuri; au avut 12 cazuri favorabile; în celelalte operaţii nu a contribuit cu nimic la ameliorarea bolnavilor; nu a adus nici agravare

COMPLICAŢII PULMONARE POSTOPERATORII.

Autohemoterapie.

Karpati[113]) preconizează autohemoterapia ca mijloc profilactic contra complicaţiilor pulmonare postoperatorii. El face o injecţie intramusculară de 10 cc. sânge + 2 cc. citrat de sodiu 2% imediat după operaţie, bolnavilor anesteziaţi cu ether. Inainte de practica autohemoterapiei preventive, a observat 20 pneumonii (7 mortale) şi 35 de bronşite pe 1024 de operaţii; după autohemoterapie pe 1461 de operaţi a avut 12 pneumonii (patru morţi) şi 18 bronşite.

Aspiraţie bronşică.

Mai greu este de aplicat această metodă terapeutică. Rouge-

mont şi Mounier-Kahn[114]), prin broncoscopie, au ridicat un dop mucos la un individ operat de hernie inguinală cu anestezie locală şi care prezinta ascensiune termică şi semne bronşice.

* * *

TERAPEUTICA BOALELOR APARATULUI CIRCULATOR.

Medicamente.

Vişineanu[115]) face o punere la punct a indicaţiilor chininei şi chinidinei în tratamentul bolilor de inimă. Foarte pe scurt, următoarele: Aritmia complectă a tinerilor, evoluând recent pe un cord compensat, constitue indicaţia primă a tratamentului cu chinidină; formele paroxistice. La bătrâni şi în cazurile de aritmie complectă stabilizată şi învechită, medicaţiunea este iluzorie. In flutter, chinidina completează tratamentul digitalic. In tachicardia paroxistică în formele intense şi prelungite, cu miocard intact, chinidina, în injecţie intravenoasă, poate tăia o criză. Asociată cu antispasmodice, chinina dă rezultate bune în tachicardia sinusală simplă; extasistole şi în turburările funcţionale ale hipertensivilor şi ale femeilor la menopauză. Contraindicaţiile tratamentului cu chinină şi chinidină: insuf. cardiacă, sarcină, hipertensivii cu fenomene subiective.

INSUFICIENŢA CARDIACĂ.

Asociaţia digitală-ouabaină.

Haţieganu, Moga şi Preotesoiu[116]) insistă asupra avantagiilor pe care le prezintă asociaţia de digitalină-ouabaină, în cazurile în care digitala simplă sau ouabaina simplă rămân fără efect. Astfel, în insuficienţele grave progresive fără mari dilataţii cardiace, preventiv contra colapsului vascular în infecţiunile acute (ex. pneumonie).

Radioterapia tiroidiană.

Paraf, Gally, Ornstein[117]) la o pacientă de 63 ani, cu asistolie pe care nu a ameliorat-o nici repausul, nici tonicardiacele, au obţinut o ameliorare remarcabilă prin radioterapie profundă tiroidiană; bolnava şi-a putut relua chiar ocupaţiunile.

Tiroidectomie totală.

Prof. Iacobovici şi Teodorescu[118]) publică primul caz de tiroidectomie totală în insuficienţa cardiacă executată în România. Bolnava a suportat bine operaţia şi s'a menţinut ameliorată şi după intervenţie. Publicaţia s'a făcut curând după intervenţie, aşa că nu s'au putut face şi alte deducţiuni. Tot Prof. Iacobovici[119]) publică mai târziu: consideraţiuni asupra trei cazuri de tiroidectomie totală pentru afecţiuni cardiace grave. Autorul spune că fără să se restabilească cordul, se creează condiţiuni noui de funcţiune organică. Nu trage concluzii, cazurile fiind recente.

Algii cardiace. Angină pectorală.

Bonnet[120]) preconizează utilizarea aminophillinei, care are efectul de a dilata vasele coronare înlăturând spasmul, originea majorităţii crizelor de angină pectorală. Acţiunea sa este mult mai prelungită şi electivă ca a nitriţilor. Ca preventiv în angina de piept se prescrie 0.30—1 gr. pe zi în 3—4 doze.

In infarctul miocardic, se va recurge la aminophilină fie per os, fie în clismă cu lichid puţin care va trebui păstrat.

In opresiunea dureroasă a cardiacilor, a aorticilor şi uremicilor, aminofilina înlătură senzaţia de bară toracică şi de greutate penibilă.

Feinberg[121]) încurajat de succesele obţinute în trombo-angeita obliterantă cu ajutorul injecţiilor intravenoase de soluţii saline hipertonice, a tratat 6 bolnavi atinşi de angină de piept gravă cu coronarită, cari rezistaseră la tratamentele obişnuite; bolnavii trataţi astfel s'au ameliorat mult, opresiunea precordială a dispărut şi au putut duce o viaţă mai activă. Metoda vizează să desvolte circulaţia colaterală în miocard; ea consistă în a injecta de trei ori pe săptămână 250 cc. de soluţie clorurată 5% începând cu 100 cc. şi crescând cu 50 cc. la fiecare injecţie până la cantitatea de 250 cc. odată.

HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ.

Autohemoterapie.

Fabre şi Paillaux[122]) au obţinut scăderi de tensiune după injecţii subcutane de sânge recoltat prin puncţiune venoasă dela bolnav, în doze de 25—30 cc. După 10 minute dela injecţie, ei au observat scăderi ale tensiunei Maxime, variind între 3—6 cm. de mercur, scăderi ce s'au menţinut prin repetarea injecţiilor.

Tratament prin cianaţi.

Tiocianurul de sodiu sau de potasiu a fost recomandat de mult timp în tratamentul hipertensiunii arteriale, dar utilizarea lui este periculoasă, pentru că nu se ştie exact la ce concentraţie ajung cianaţii în sânge.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Barker[123]) dă o metodă foarte uşoară de dozaj al sufocianaţilor din sânge. El a văzut că acţiunea terapeutică a sulfocianurei este excelentă când sângele conţine între 8—12 mgr. de cianaţi la 100 cc. Semenele de intoxicaţie apar când concentraţia sanguină trece de 15 mgr. %. Rămânând sub doza toxică, el a tratat 45 de bolnavi ce aveau tensiunea peste 20 cm. mercur şi a obţinut în 35 de cazuri scăderi importante de tensiune cu ameliorări nete ale semnelor subiective şi obiective, fără nici un caz de intoxicaţie.

Curara.

Slabe modificări cu scăderi de tensiune a obţinut Saragea[124]) în tratamentul hipertensiunei arteriale cu preparatul Maxos, ce conţine 0,01 gr. de curara pe linguriţă. Fenomenele subiective, în special cefaleea au fost influenţate în mod favorabil. Ar trebui să se observe efectul pe un număr mai mare de bolnavi şi timp mai îndelungat.

Iradiaţii pe sinusul carotidian.

Monitz de Bettencourt şi Coste-Real[125]) au obţinut rezultate încurajătoare aplicând iradiaţiuni de raze X pe zona reflexogenă sinocarotidiană la 12 bolnavi hipertensivi care rezistaseră la mijloacele obişnuite de tratament.

Hutton-Culpepper şi Olson[70]), considerând hipertensiunea datorită unor funcţiuni anormale a pituitarei şi suprarenalelor, încearcă

în 177 de cazuri de hipertensiune esenţială şi 21 de cazuri de hipertensiune la diabetici, doze foarte mici de raze X. Au rezultate bune şi consideră tratamentul ca ajutător.

ARTERITE.

Curtillet şi Rouyette[127]) au obţinut vindecarea unui caz de arterită obliterantă juvenilă, după o evoluţie de 8 luni a sindromului dureros, prin infiltraţia anestezică a simpaticului lombar. Două arteriectomii anterioare rămăseseră fără efect.

Stoian şi Costescu[128]) insistă asupra tratamentului gangrenelor membrelor inferioare, consecutive tromboangeitei obliterante, prin extirparea simpaticului lombar pe cale transperitoneală. Concomitent dau observaţia unui pacient la care rezultatele bune s'au menţinut.

Hortolomei, Burghele şi Gherasim[129]) fac alcoolizarea simpaticului lombar în arteritele obliterante juvenile. Metoda este uşoară ca technică şi dă o ameliorare clinică şi o întârziere a apariţiei sau evoluţiei gangrenei.

* * *

TERAPEUTICA BOALELOR SÂNGELUI.

TRANSFUZIE.

Transfuzie de sânge citratat şi păstrat la ghiaţă.

Couturat[130]) arată că sângele citratat se poate păstra bine timp de 20—25 de zile la ghiaţă; dacă se adaugă glucoză la mediul conservator, sângele îşi păstrează proprietăţile sale până la 30—35 de zile.

Transfuzie de sânge de cadavru.

Prof. Judine[131]), directorul clinicei de chirugie de urgenţă din Moscova a ajuns să poată recolta sângele necesar transfuziilor dela cadavre. In primele 6—8 ore dela data morţii, sângele rămâne steril. Technica recoltării este simplă: se pun două canule pe cele două capete ale venei jugulare, cadavrul fiind în poziţia Trendelenburg. Se păstrează la ghiaţă. Efectele clinice ale transfuziei cu sânge de cadavru nu diferă de cele dela omul viu. Experienţa profesorului şi a colaboratorilor săi atingea la începutul anului 1936 aproape 1000 de cazuri de transfuzie.

ANEMIA PERNICIOASA.

Iosef Sendrai[132]), reluând metoda de tratament a anemiei pernicioase cu roşu de Congo, care a dat lui Massa şi Zolezzi în 1933, rezultate întrucâtva promiţătoare, a ajuns la concluzia că efectele sunt inferioare nu numai hepatoterapiei dar şi tratamentului arsenical.

SINDROME HEMORAGICE.

Alcoolul octilic ca hemostatic.

Clerc, Sterne, Delamare (Paris[133]), au văzut din lucrările lor anterioare că substanţele cari coboară tensiunea superficială (substanţe tensio negative) exercită faţă de sânge o acţiune coagulantă. Pe 10 cazuri de hemoragii diferite, au obţinut rezultate bune prin injecţiuni intravenoase cu 15 cc. din soluţia saturată de alcool octilic

primar în alcool etilic 10%. In 9 cazuri, au observat o scurtare rapidă a timpului de coagulare şi odată a timpului de sângerare.

PURPURA.

Fenylhydrazina, care are importante calităţi hemolitice, din care cauză este utilizată în tratamentul hiperglobuliilor are şi proprietatea de a mări numărul trombocitelor din sânge. Pe patru cazuri de purpură, Wallgren[134]) a încercat fenylhydrazina. A ajuns să obţină cifre ridicate de trombocite, dar concomitent hemoliza era destul de puternică; aşa că după experienţa acestui autor, medicamentul nu trebuie utilizat în purpura trombopenică.

Hemogenia este tratată astăzi cu succes cu ajutorul vitaminei C. (acid ascorbic) — Dreyfus[135]).

Prof. Lupu, Litarczek, Enăchescu şi Buçur[136]) au obţinut o mărire a numărului trombociţilor în sânge cu ajutorul vitaminei C. la un bolnav cu o purpură hemoragică gravă la care toate procedeele terapeutice rămăseseră fără rezultat.

Petrescu, Vănescu şi Zamfirescu[137]) au observat o bolnavă cu trombopenie de 38.000 pe mmc., care, sub influenţa vitaminei C, s'a vindecat, trombocitele ajungând la 280.000.

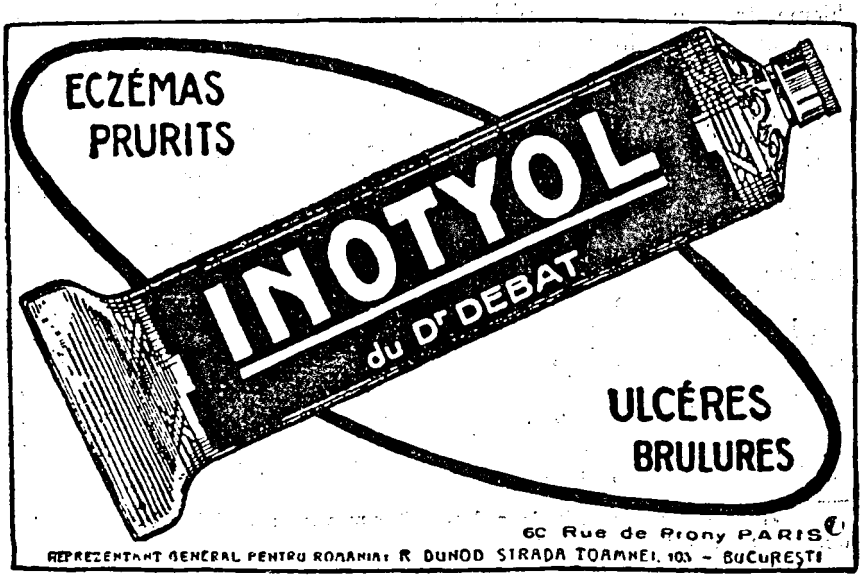
HEMOFILIE.

Weill şi Samama[138]) au obţinut vindecarea unui hemofilic ce avusese o mare hemoragie postoperatorie, după 25 de transfuzii care au însemnat 12 litrii de sânge.

Petrescu şi Vănescu[139]), la un bolnav de 46 de ani, mare hemofil, care a suferit câteva sute de hemartroze pe lângă alte accidente hemofilice, începând dela vârsta de trei ani şi care a urmat toate tratamentele uzuale, au obţinut dispariţia aproape totală a accidentelor prin injecţii de foliculină.

(Urmare)

BCU Cluj / Central University Library Cluj



INDICAŢIILE MEDICO-CHIRURGICALE ALE TRACHEO-BRONCHO-SCOPIEI *)

de

Doc. D-r I. ŢEŢU

Ţiu să subliniez dela început, că subiectul ce vreau să desvolt astă-seară, în faţa Dvs., deşi pare că interesează numai o anumită specialitate a patologiei generale, este de o însemnătate covârşitoare pentru întreaga medicină practică.

In faţa unui auditoriu de practicanţi şi cercetători ai tuturor disciplinelor medico-chirurgicale, nu are ce căuta o conferinţă de pură specialitate, sau chiar de specialitate în specialitate, cum pare să fie în cazul de faţă. Totuşi, suntem datori cu toţii, să luăm act de noile procedee de cercetări şi aplicări terapeutice ce şi-au câştigat drepturi incontestabile în patologia şi terapia generală, ca să le ştim întrebuinţa cu folos, acolo unde trebue şi când trebue.

DE GRUYTER / CENTRUL DE INFORMARE ÎN CMJ

In conferinţa de astă seară, voiu căuta să înfăţişez Dvs. problema tracheo-bronchoscopiei, privită mai mult din punct de vedere al medico-chirurgiei generale, cu indicaţiile şi contra indicaţiile ei, insistând asupra inocuităţii acestui procedeu de investigaţie şi tratament şi necesitatea imperioasă de a familiariza întrebuinţarea lui în cercurile medicale dela noi. Părţile de technică pură, cari pot interesa pe specialişti, le voiu lăsa la o parte, iar cele ce voiu spune, voiu căuta să le ilustrez cu observaţii din serviciile noastre, cu experienţă proprie, care oricât de modestă ar fi, are meritul de a fi reală şi în legătură directă cu mediul nostru spitalicesc.

Din punct de vedere al istoricului, examenul direct al căilor respiratorii superioare, are peste trei decenii de existenţă şi este legat de numele lui Kirstein şi Killian. Kirstein a fost primul care, cu ajutorul unui tub-spatulă a arătat că se poate pătrunde în laringe şi trachee fără a periclita viaţa bolnavului. Killian, în 1897, a mers cu un tub rigid până în bronchia dreaptă, superioară, la un bătrân, nu s'a lăsat impresionat de bătăile aortei, cari

*) Conferinţă ţinută la Asoc. Docenţilor universitari ai Fac. de Medicină din Bucureşti, la 6 Martie 1936.

se vedeau prin tub şi a extras primul corp străin din bronchii.

Este dela sine înţeles că, extragerea unui corp străin din căile respiratorii superioare, fără deschiderea tracheei, a fost considerată, în acea vreme, ca un fapt îndrăzneţ şi o achiziţie din cele mai folositoare ale technicei laringologice. Ceva mai târziu, alţi autori, dintre cari amintesc pe Chevalier-Jackson, din Filadelfia, Inglas, Brünnigs, Kahler, Moure, Garel, Lermoyez, Guisez şi mulţi alţii, au aplicat acelaş procedeu, au inventat şi perfecţionat technica şi instrumentarul întrebuinţat şi publică serii întregi de corpi străini tracheo-bronchici extraşi cu ajutorul tracheo-bronchoscopiei.

La noi în ţară primii, cari au întrebuinţat noua metodă de explorare a căilor respiratorii superioare, sunt cei trei întemeetori ai laringologiei moderne româneşti: regretatul Dr. Costiniu, Dr. Orescu şi prof. Meţianu. Maestrul nostru, prof. Meţianu, a arătat prin publicaţiuni şi demonstraţiuni practice, că aceste explorări se pot face cu uşurinţă şi că anestezia locală prin aplicaţii uşoare de soluţii de cocaină reduce aproape la zero şocul intervenţiei. In timpul din urmă, toată generaţia de specialişti a zilelor noastre are la activul său mai multe tracheo-bronchoscopii şi se observă din zi în zi un mai mare interes pentru aplicarea ei. Comunicările de acest soiu sunt numeroase la Soc. Rom. de O. R. L. şi cer scuze dela acei pe cari nu i-am pomenit.

Trebue să recunoaştem, că reuşita încercărilor autorilor laringologi înşiraţi mai sus, se datoreşte experienţelor făcute de alţii — mai înainte — şi cari au arătat toleranţa tubului laringo-tracheal faţă de substanţele străine. In 1801, adică în era pre-tracheoscopică, Desault, Fine, Velpeau, Malgaigne, întrebuinţau sonde pentru introducerea substanţelor medicamentoase în laringe şi trachee şi se cunoştea întâmplarea internului lui Desault, care, din greşală a împins bouillonul în trachee în loc de esofag, fără a pricinui mari neajunsuri bolnavului. Cu toate acestea în 1838, Soc. de medicină şi chirurgie din New-York, a respins memoriul lui Horace Green, care susţinea injecţiile intra-tracheale şi le considera „o inovaţie imposibilă şi condamnabilă". Colin din Alfort, în experienţele făcute pe cal, a dovedit, că ţesutul pulmonar poate absorbi cantităţi impresionante de lichid, fără a periclita viaţa animalului.

El a turnat în curs de şase ore douăzeci de litri de apă în aparatul pulmonar al unui cal, care a suportat uşor această operaţie. Experienţa este demonstrativă şi ne indică în mod categoric posibilitatea întrebuinţării lichidelor medicamentoase în diferitele afecţiuni tracheo-bronchice, introduse cu siringa sau sonda.

Din analiza lucrărilor referitoare la metoda endoscopiei, vedem, că primii cercetători se ocupau mai mult cu extragerea corpilor străini din căile respiratorii superioare, astfel că modificarea instrumentarului şi simlificarea technicei, vizau mai mult uşurarea pentru bolnav şi operator a extragerii corpilor străini, metalici şi vegetali. Incepând din anul 1905, acest procedeu, sub imboldul autorilor americani, Chevalier Jackson, Ingals şi alţii, a început să-şi

lărgească câmpul de întrebuinţare şi să fie aplicat pe o scară întinsă în multe din afecţiunile broncho-pulmonare. Totuşi, introducerea tracheo-bronchoscopiei, în mod curent, a cerut timp, fiindcă mulţi din medicii internişti o priveau ca un mijloc ofensiv şi periculos pentru bolnav. Atitudinea era îndreptăţită, fiindcă mortalitatea ei se urca la 25% în acea epocă şi technica ei nu era pusă la punct. Studierea amănunţită a technicei, analiza indicaţiilor şi căutarea evitării şocului operator, au făcut ca procentul mare de mortalitate legat de aplicarea tracheo-bronchoscopiei să scadă, încetul cu încetul la zero şi în felul acesta a crescut încrederea în întrebuinţarea ei. După rezultatele admirabile obţinute de şcoala Americană dela Filadelfia, s'a propagat în Franţa, Belgia şi toate celelate ţări din apusul Europei. Comunicări la societăţile de laringologie şi patologie pulmonară, de medicină internă, rapoarte, studii complete, făcute de clinicieni cu nume mondial, dintre cari citez pe L. Bernard, Sergent în colaborare cu Soulas ş. a., arată însemnătatea tracheo-bronchoscopiei pentru patologia toraco-mediastinală şi gastrică. A început să devină căutată din ce în ce mai mult atât pentru precizarea diagnosticului cât şi pentru aplicarea în mod raţional a diferitelor procedee de tratament. Dovada familiarizării acestui procedeu în patologia internă o dovedeşte statistica şcoalei din Filadelfia, unicul oraş unde există clinică modernă cu o catedră pentru broncho-esofagoscopie şi unde în 90% din cazuri se intervin pe cale endoscopică pentru afecţiuni medico-chirurgicale broncho-pulmonare şi numai în 1—5% cazuri, pentru corpi străini. După cum o să vedem, la noi este tocmai contrariul; întrebuinţăm examenul direct al căilor respiratorii superioare aproape numai pentru extragere de corpi străini.

Sub imboldul curentului bronchoscopist, cu doi ani mai înainte a luat fiinţă o Societate internaţională de bronchoscopie, esofagoscopie şi gastroscopie, care datorită secretarului ei general Dr. Soulas, scoate o revistă trimestrială şi ţine congrese internaţionale, în mod regulat, unde se discută cu multă competinţă problemele, interesând această ramură a laringologiei.

Este o mulţumire pentru mine s'o spun, că şi cercurile române de specialişti s'au încadrat în această activitate şi sperăm, că sprijiniţi de Dvs. şi întreg corpul medical, să putem da contribuţia noastră întreagă pentru a familiariza în lumea medicală şi cea suferindă dela noi aplicarea tracheo-bronchoscopiei.

* * *

Laringele, trachea şi bronchiile constituesc partea cea mai expusă a aparatului respirator şi prin topografia lor servesc drept poartă de intrare pentru diferite infecţiuni exogene, cari pot avea sediul lor în fosele nazale şi cavitatea bucală sau pot pătrunde aici din mediul ambiant. Scheletul lor cartilaginos compus din inelele tracheale este îmbrăcat de un strat subţire de mucoasă, fin vascularizată, lucioasă, al cărui aspect până la descoperirea endoscopiei se putea studia numai pe cadavre iar modificările produse

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de procesul patologic se bănuiau, fără să fi putut fi observate în diferitele faze prin care treceau. Mucoasa nu are aceiaşi grosime pe întregul traect; în regiunea subglotică, în partea posterioară este mai îngroşată cu ridicături şi încreţituri şi constitue mai des sediul tumorilor tracheale. Uneori, găsim anumite parcele cu o vascularizaţie pronunţată, de coloraţie mai roşie, contrastând cu restul şi sângerează la cea mai mică atingere. Descoperirea acestor insule hemoragice, cauza hemoptiziilor nespecifice sau a epistaxisurilor tracheale este de o însemnătate practică capitală, atât pentru medic cât şi pentru bolnav. Ele nu pot fi văzute nici în cursul radioscopiilor şi grafiilor, nici la percuţie sau la ascultaţie; diagnosticarea lor cauzează mari greutăţi chiar celor mai iscusiţi clinicieni. In schimb, dacă au putut fi descoperite prin tracheobronchoscopie a dispărut dubiul diagnosticului şi astfel se poate face dignosticul diferenţial între tuberculoza pulmonară, tumoră tracheopulmonară, gome sifilitice ulcerate, corpi străini, etc.

Alt punct de reper important îl formează pintenul tracheal, situat la bifurcaţie, cam la 24—25 cm. dela arcada dentară, care în cursul alunecării tubului tracheoscopic, în jos, ne dă impresia că vrea să intre în tub: aci încep cele două bronchii mari, dintre cari dreapta este aproape continuarea tracheei, iar stânga se desparte de trachee într'un unghiu mai oblic. Această conformaţie explică faptul, că cei mai mulţi corpi străini pătrund în dreapta. Din punct de vedere al manoperii, după intrarea tubului în trachee, la 23—24 cm. dela arcada dentară, asistentul dă direcţia capului înspre dreapta sau stânga şi operatorul, cu uşurinţă poate lua direcţia uneia din cele două bronchii. Pintenul constitue o zonă intens reflexogenă şi de aceia e bine ca în timpul tracheoscopiei să fie atins cu o soluţie de cocaină 5—10% care uşurează mult operaţiunile locale.

Bronchiile mari se împart şi ele în ramuri mai mici, ale căror orificii sunt însemnate cu mici ridicături, cari servesc de multe ori ca locuri de oprire şi fixare a corpilor străini iar în cursul supuraţiilor bronchice, prin umflarea mucoasei opresc drenarea secreţiilor, contribuind la formarea plăcilor atelectazice.

Laringele, trachea şi bronchiile, deşi se considerau mult timp elemente fixe, îşi au mişcarea lor împreună şi separat urmărind actul înghiţitului, al respiraţiei şi se influenţează de mişcările organelor învecinate, în special inima, aorta şi esofagul. Este nevoe să ştim, că la nivelul bifurcaţiei tracheea şi bronchiile au contact intim cu cârja aortei, cu artera pulmonară, cu vena cavă superioară, cu vena azygos şi cu esofagul.

Pulsaţiile aortei sunt bine observate în cursul tracheoscopiei; mişcările ei se transmit chiar tubului metalic. Mobilitatea acestor organe trebue controlată totdeauna, deoarece lipsa ei — chiar parţială — într'o porţiune, poate însemna prezenţa unei infiltraţiuni tumorale cu sediul înăuntrul sau în afara lumenului şi ne uşrează mult precizarea diagnosticului. Formaţiunile patologice de vecinătate, în special tumorile, împing în diferite direcţii această porţi-

BCU Iași / Central University Library Iași

une superioară a aparatului respirator, o comprimă, o poate ulcera sau chiar perfora.

Indicaţiile tracheo-bronchoscopiei sunt în funcţiune de diferiţi factori. Fără îndoială, că în ultimii zece ani întrebuinţarea ei a câştigat mult câmp de activitate. Datorită perfecţionării technicei, simplificării instrumentarului, înlăturării anesteziei generale şi formării specialiştilor bronchoscopişti, noul procedeu de explorare şi tratament al căilor respiratorii superioare, a cucerit mulţi din adversarii iniţiali din rândurile medicilor şi chirurgilor.

Oricâtă însufleţire ar fi manifestat cei cari îl practicau, faţă de procentul ridicat al mortalităţii — 25% — nu se putea pretinde ca el să devină, — de odată — de practică zilnică. Astăzi când studierea cazurilor şi technica perfecţionată ne permite operaţia fără nici un risc pentru bolnav, este firesc, ca internistul, chirurgul şi bronchoscopistul să conlucreze în interesul suprem al bolnavului, pentru diagnosticarea şi vindecarea atâtor afecţiuni ale organelor interesaţe. Prin examenul endoscopic, ni se pune la îndemână un speculum cu ajutorul căruia vedem forma, întinderea şi sediul leziunei. Tot el ne permite să facem pansamente locale, să distrugem leziunile cu agenţi chimici, fizici sau cu bisturiul şi la nevoe să ridicăm o mică porţiune pentru examen histologic. El ne înlesneşte destuparea orificiilor, înlăturarea corpilor străini, a colecţiilor purulente şi ne explică anume simptome, ale căror cauză nu ne-o pot da celelalte mijloace de investigaţie.

Pentru simplificarea lucrurilor, noi putem spune că tracheobronchoscopia se poate întrebuinţa în *cazurile de obstrucţie tracheobronchică, în cazurile de supuraţii tracheo-bronchice, şi în anumite afecţiuni tracheo-bronchice cu etio-patogenie nedeterminată.* Această clasificare a indicaţiilor, se înţelege dela sine, nu este completă şi are mai mult scopul unei sintetizări didactice. Totuşi, în ea se pot încadra aproape toate cazurile, când internistul, chirurgul şi laringologul cred că este nevoe de acest examen suplimentar.

Inainte de examenul endoscopic, se va studia bolnavul şi se vor analiza toate simptomele, din toate punctele de vedere. Mulţi dintre autori cer ca endoscopia să se facă numai în ultima instanţă şi totdeauna după un examen radiologic. In teorie, nu ne putem opune acestei atitudini, în practică însă, mărturisesc sincer, am făcut tracheo-bronchoscopie fără examen radiologic în prealabil, şi asta, din simplul motiv că nu avem radiolog la dispoziţie şi starea bolnavului mă forţa să intervin. Nu puteam aştepta rezultatul radioscopiei când bolnavul se asfixia din cauza obstrucţiei bronchiale, datorită corpului străin inspirat. Mă simt chiar împins să insist că, oridecâte ori avem bănuiala că anumite simptome ar putea fi datorite prezenţii unui corp străin în arborele respirator superior, să recurgem de îndată la examenul endoscopic, de oarece o serie de corpi străini — mai ales dintre cei vegetali — pot sta timp îndelungat în trachee şi bronchii, fără a se putea pune în evidenţă în cursul radioscopiei sau radiografiei. Dacă avem la îndemână laborator de radiologie şi situaţia bolnavului nu reclamă ur-

genţă, este bine să facem şi radiografia bolnavului, de oarece astfel, putem câştiga anumite indicaţiuni, cari în interpretarea complexului simptomatic ne sunt de real folos. Bine înţeles, în cazurile de infecţii şi supuraţii bronchopulmonare vom recurge totdeauna, în mod prealabil, la examenul radiografic, care ne arată sediul şi întinderea leziunii, elemente de mare importanţă chiar pentru bronchoscopişti.

Sindromul obstrucţiei tracheo-bronchice poate fi provocat de corpii străini, de tumorile dinăuntrul sau dinafara lumenului şi de anume infecţiuni specifice, cu formaţiuni de cruste, false membrane sau proliferări ale ţesuturilor, ca ozena tracheo-bronchică, difteria, gomele sifilitice şi scleromul.

Simptomele principale ale obstrucţiei tracheo-bronchice — se înţelege dela sine — sunt formate de greutate în respiraţie, care poate merge dela simpla jenă până la asfixie, de tuse şi de modificarea timbrului vocal. Caracterul acestor semne este, că vin sub formă de acces şi că intensitatea lor diferă dela şedinţă la şedinţă. Tusea poate fi astmatiformă, înăbuşită, ascuţită, lătrătoare, poate sau nu să fie însoţită de cianoză. Pentru precizarea cauzei vom face interogatoriul bolnavului sau al familiei, ceiace este de mare însemnătate pentru corpii străini. Istoricul lor este aproape acelaş: copilul — fiindcă de cele mai multe ori este vorba de el — s'a jucat cu un obiect oarecare: boabe de fasole, de porumb, apărătoare de creioane, muzicuţe, cuie, ace, glonte, sau a mâncat pepene, bostani, alune, şi în momentul înghiţitului un acces de râs, de plâns, un strigăt, etc., au făcut ca acel obiect să ia calea glotei şi să pătrundă în arborele respirator. Indată s'a produs un acces de tuse, sufocaţie, vărsături, cari potolindu-se, totul a intrat în ordine. Aceste accese s'au putut repeta, sub formă mai mult sau mai puţin violentă. După ce copilul a trecut prin două trei mâini — cum a avut mijloace şi medici la dispoziţie, — a ajuns la laringolog.

BCU Iasi / Central University Library Iasi

Corpii străini, sunt mai frecvenţi la copiii sub vârsta de cinci ani. Din statistica noastră de 28 cazuri recente, 15 s'au găsit până la 5 ani, 7 între 5—10 ani, 3 între 10—15 ani, şi trei peste 15 ani. Insă aceste din urmă erau mai mult corpi străini laringeari.

După natura lor, sunt foarte variaţi, cum se poate vedea pe tabloul alăturat.

Unele obiceiuri, în diferite ţări, fac să întâlnim mai des anume corpi străini, de ex.: autorii americani au o statistică bogată de cazuri cu alune americane inspirate şi au descris chiar o bronchită specială — bronchita arachidică — cauzată de alunele pătrunse în arborele respirator. La noi, în lunile August-Septembrie, avem epoca sâmburilor de pepeni. Este cu neputinţă, ca în aceste luni să nu ne vie o serie de câteva cazuri cu sâmburi de pepene, aspiraţi. In anul trecut am avut în clinica o. r. l. dela Filantropia, în interval de două zile, trei cazuri cu sâmburi de pepene pătrunşi în căile respiratorii superioare. Aceasta se datoreşte prostului obi-

ceiu al mamelor dela ţară, care dau copiilor — ca să-i liniştească — bucata de pepene în mână şi-i lasă la capătul ţarinei, singuri sau sub supravegherea fraţilor mai mari, cari — bine 'nţeles — nu-şi pot da seama de importanţa rolului lor. Micii copilaşi sug sucul dulce al miezului de pepene, dar aspiră şi sâmburele în acelaş timp. La adulţi accidentele de soiul acesta sunt mai rare; corpii străini aci, sunt reprezentaţi prin oase, proteze dentare ş. a. Odată mi-a fost dat să extrag din trachee o canulă tracheală dela un canulard, pe care rugina o deslipise de capătul superior.

Şederea acestor corpi străini, în aparatul respirator, variază dela câteva ore până la câţiva ani. Bunch şi Lake descriu un caz de corp străin suportat nouă ani, Van Wildenberg — altul care a stat douăzeci de ani. Noi am extras din bronchia stângă a unui copil de cinci ani un şurub de ceasornic, care era aspirat de patru luni, un mic oscior de peşte dela o fetiţă de doui ani, aflat în trachee de şase luni. Fetiţa a fost adusă în stare de asfixie, aproape fără voce, cu temperatura în jurul lui 38 grade şi tuse. I s'a făcut o serie de injecţii antidifterice, în provincie, cari n'au ajutat la nimic. Radioscopia pulmonară nu ne-a dat nici o indicaţie. Faţă de starea gravă de sufocaţie, am recurs îndată la examenul direct al laringelui şi am descoperit sub corzile vocale, cam la un cm. o masă rotundă de mărimea unui bob de fasole, care astupa aproape în întregime lumenul tracheal. Am extras-o cu pensa: era compusă de secreţiuni crustificate înghemuite pe un oscior de peşte, la baza căruia se formase un granulom. S'a extirpat, în aceiaşi şedinţă, şi această formaţiune, după care toate fenomenele de asfixie, tuse, afonie au dispărut.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cazurile grele când simptomele subiective aproape lipsesc, când anamneza nu ne spune nimic, când radiografia şi scopia nu ne dau semne precise de prezenţa corpului străin, lipiodolarea tracheei ne poate da oarecari indicaţiuni prin arătarea lipsei de aeraţie a unei porţiuni pulmonare.

Aci vom ţine seamă şi de cele mai mici manifestaţiuni ca: uşoară tuse, modificarea timbrului vocal, mici ascensiuni termice, cari pot să ne confirme bănuiala.

Tracheoscopia se face, în mod normal, pe căile superioare, pe calea orală şi pe aci se scot corpii străini. Unii autori, dintre cari citez pe Pieniazek, preconizează tracheoscopia inferioară, făcută după tracheotomie prealabilă. Aderenţii acestui procedeu susţin, că în felul acesta se evită, mai ales la copii, pericolul edemului glotei, care poate urma actului operator. Discuţiunea s'ar putea prelungi. Noi, în majoritatea covârşitoare a cazurilor, am făcut examenul direct, pe căile naturale superioare, fără tracheotomie. Am bronchoscopizat copii de un an, am extras corpi străini şi am rămas deplin mulţumiţi.

Suntem convinşi că, tracheotomia prealabilă, tocmai la copii, făcută chiar numai pentru câteva zile, dă complicaţii bronchopulmonare mai serioase ca problematicul edem al glotei. La ce ţinem noi cu severitate, este internarea şi supravegherea de aproape a mi-

cilor bronchoscopizaţi şi ca actul operator la copii să se facă fără nici o anestezie. La adulţi se face anestezie locală cu sol. de cocaină 5—10%.

Extragerea corpilor străini tracheobronchici, este — astăzi — o operaţie inofensivă. Cazurile mortale, datorite actului operator, n'au ce căuta în statistici. Această operaţie trebue încercată în toate ocaziile, chiar în cele mai serioase complicaţiuni. Noi am intervenit în plină broncho-pneumonie, consecutivă corpilor străini şi după scoaterea lor copiii s'au vindecat. Singurul caz mortal ce am avut, se datora unei perforaţiuni tracheo-bronchice, în jurul bifurcaţiei, datorită unui şurub — cel aci alăturat pe tablou — care deşi extras n'a putut opri mediastinita purulentă cu o vechime de de zece zile.

Tumorile tracheo-bronchice, în epoca pre-endoscopică se întâlneau numai pe masa de *necropsie*. Astăzi le putem diagnostica dela început, cu sediul, cu forma, cu mărimea şi aspectul lor. Simptomatologia este în raport cu mărimea şi forma tumorei. Prin creşterea lor continuă, toate tumorile tracheale pot astupa lumenul tracheal şi pot produce moartea bolnavului. Sunt mai rare ca tumorile laringeene şi uneori sunt continuarea lor.

După natura lor, pot fi binevoitoare sau răutăcioase. Din cele benigne întâlnim — în ordinea frecvenţii: — papiloamele, fibroamele, chondroamele, guşile intratracheale, adenoamele, şi lipoamele. Noi am văzut câteva cazuri de papiloame tracheale, la copii, cari erau continuarea papilomatozei laringeene şi cu toate intervenţiile noastre pe cale externă şi endoscopică, tendinţa lor înspăimântătoare de recidivă, ne-a făcut să menţinem canula în mod permanent.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aci este cazul să amintesc, că, uneori, în urma tracheotomiei, se formează — cu punct de plecare depe cicatricea mucoasei — muguri cărnoşi cari crescând mereu se transformă în granuloame, adevărate tumori obstruante ale tracheei. In astfel de împrejurări, nu întrebuinţăm examenul direct numai în scop de explorare, ci cu ajutorul lui extirpăm tumorile, le galvano-cauterizăm, le distrugem prin agenţi chimici sau fizici, într'un cuvânt, avem posibilitatea să facem terapia cerută de leziune. In cazurile de tumori laringiene pure, directoscopia ne arată întinderea şi limita inferioară a leziunei, indicându-ne zona maximă de operaţie.

Din tumorile răutăcioase, cel mai des se întâlneşte cancerul — şi anume din 41 tumori maligne, 31 au fost cancer. Noi am putut observa un singur caz de epiteliom primitiv al tracheei, văzut prin tracheoscopie şi diagnosticat prin examenul biopsic. Celelalte erau invaziuni subglotice ale cancerului laringean. Uneori, tumoarea rea are ca punct de plecare o strumă canceroasă, care a invadat tracheea sau esofagul, de unde s'a întins şi la inelele tracheale. Diagnosticul timpuriu al acestor tumori este de mare însemnătate, deoarece numai în faza lor de la început, putem aplica tratamentul chirurgical sau radioterapic cu posibilităţi de vindecare. Deaceia, vom recurge la biopsie, ca să precizăm din vreme natura leziunei. Unul din simptomele cancerului tracheo-bronchic este

hemoptizia, care poate fi în cantitate mai mică sau mai mare, poate veni sponţan sau în cursul acceselor de tuse. Acelaş simptom însoţeşte şi alte afecţiuni pulmonare, în special tuberculoza şi nici odată nu suntem mai asaltaţi de către bolnavi ca atunci când a constatat prezenţa sângelui în spută. Dacă radiografia, clinica şi sputa sunt negative, pentru leziunile bacilare, numai examenul directoscopic soluţionează diagnosticul diferenţial. Imi aduc aminte de un caz, văzut şi controlaţi de mulţi confraţi internişti pentru o hemoptizie, care se repeta şi a cărei cauză nu se putea preciza.

Cu ajutorul tracheoscopiei am descoperit pe mucoasa tracheală o zonă vascularizată, congestionată, — placă varicoasă —, acoperită pe alocurea de mici secreţiuni crustificate, cari sângerau la cea mai mică atingere. Varicele tracheal, cauza epistaxisului tracehal este o afecţiune rară, dar destul de cunoscută ca să ne gândim la ea totdeauna. Tratamentul lui pe cale directă este uşor şi dă rezultat bun. Nu pot să nu amintesc scleromul tracheal, mai ales că am putut observa un caz, unde punctul de plecare era fosa nazală, pe urmă larinxul şi de aci a prins, în mod descendent trachea.

Leziunile ulcerative ale mucoasei tracheo-bronchice, pot fi de natură sifilitică sau tuberculoasă. Sifilisul, în forma secundară şi terţiară se poate localiza aci, cu aceiaşi predilecţie caşi pe amigdale şi laringe. Dacă găsim mai rare publicaţiile de această natură, se datoreşte că endoscopiile se fac mult mai rar, ca examenul faringelui şi laringelui. Multe forme de tracheită, cu tuse, cu gâdilituri şi mâncărimi retro-sternale cu expectoraţie mai abondentă sunt cauzate de plăcile mucoase tracheale şi ulceraţiile pericondrice şi cartilaginoase, uneori cu sechestre, hemoragii sau gome ulcerate. Sediul de predilecţie al sifilisului tracheal este regiunea subglotică sau pintenul bifurcaţiei. Cât priveşte leziunile tuberculoase ale tracheei, în general sunt secundare ftiziei pulmonare. Totuşi, prin examenul direct putem diagnostica forme primitive de tuberculoză tracheală ca, lupusul, tuberculoame, vegetaţii de natură t. b. c., cu sediul principal în trachee sau bronchii. De unde mai înainte, examenul direct al tracheei şi bronchiilor la bacilari era categoric contraindicat, azi multe din tuberculozele pulmonare se pot endoscopiza fără nici un risc din partea bolnavului şi putem urmări evoluţia leziunilor. Soulas, a mers aşa de departe, încât face în anume cazuri bronchoscopia separată fiecărei hemisfere pulmonare, ridică secreţiuni din fiecare parte, pentru a stabili flora microbiană şi prezenţa bacilului Koch în anume segmenţi pulmonari.

Al doilea grup mare pentru examenul şi tratamentul direct îl constituesc supuraţiile broncho-pulmonare, în special abcesul pulmonar, dilataţiile bronchice şi bronchoreele. Abcesul pulmonar, fie datorit prezenţii îndelungate a unui corp străin în arborele respirator, fie consecutiv unui act operator în nas, gură, sinus, fie infecţiunii, se poate localiza în apropiere de gurile bronchice, în miezul parenchimului pulmonar sau înspre periferie. El poate fi acut

BCU Iași / Central University Library Iași

sau cronic, închistat sau difuz. Diagnosticul se face cu ajutorul clinicei şi radiografiei, însă pentru diferenţierea lui de neoplasmele pulmonare, examenul direct este de mare utilitate. Tot prin examenul endoscopic putem constata prezenţa puroiului, modificările mucoasei şi putem lua informaţiuni despre flora microbiană. In formele cronice, radiolipiodolarea poate ajuta mult pentru precizarea întinderii leziunei şi pentru arătarea segmentului interesat. Injectarea lipiodolului în arborele respirator, pe cale directă, este un procedeu de o practică cunoscută şi ar fi de dorit, să se generalizeze şi la noi, de oarece injecţia transcricoidiană — cum mi-a fost dat să văd — poate da complicaţiuni chiar mortale, prin cele mai mici greşeli de technică. Nu vreau să intru în amănunte, deoarece nu e nici locul nici momentul, însă astăzi când putem explora arborele respirator până în adâncime şi când putem inspecta cu uşurinţă gura tracheei, nu mai este permis ca pentru simpla umplere a unei porţiuni pulmonare cu lipiodol, să străpungem ţesuturile cervicale. Lipiodolarea bronchică ne arată şi dilatarea lor, sau procesele stenozante produse de dopuri de secreţiuni, vegetaţii, polipi, etc.

Introducerea tratamentului endobronchic în supuraţiile pulmonare, fără îndoială că nu poate decât să bucure pe medici internişti şi chirurgi, deoarece în multe din cazuri, nici arsenalul medicamentos, nici cel sângeros nu influenţează înspre bine evoluţia abcesului parenchimului pulmonar. Principiul terapiei endoscopice, în supuraţiile pulmonare, numite de Soulas bronchoscopoterapie, se bazează în primul rând pe destuparea orificiilor cu ajutorul căreia se asigură un drenaj broncho-pulmonar; în al doilea rând, instilaţia substanţelor modificatoare — dela caz la caz — chiar spălături pulmonare şi aplicaţii de vaccinaţie locală. Dacă supuraţia a produs vegetaţii, le cauterizăm, le extirpăm, aplicăm puncte de foc, într'un cuvânt toată gama micilor intervenţiuni obişnuit întrebuinţate în terapia nazo-sinusiană. Conduita terapeutică se conduce după forma clinică a abcesului. Pentru cazurile acute, Soulas descrie trei faze ale tratamentului, seriate pe un interval de 7—8 luni. Primele două faze, numite de D-sa: fazele de atac au ca scop destuparea bronchiilor, drenarea colecţiei, cu ajutorul cărora modifică starea locală, uşurează expulzarea secreţiilor, face să dispară fetiditatea halenei, îmbunătăţeşte starea generală, reduce temperatura, bolnavul se îngraşă şi avem impresia unei vindecări totale. Această vindecare să nu fie nici odată considerată ca definitivă; bolnavul să fie ţinut mai departe în observaţie şi tratament. Această supraveghere, constând din şedinţe terapeutice endobronşice constituesc faza a 3-a zisă de consolidare, a cărei durată este lungă. Rezultatul endoterapiei bronchice depinde, în multe cazuri, de forma clinică a abcesului. Este firesc că mersul favorabil schiţat mai sus se referă la abcesele acute.

In abcesele cronice, cu o durată de 6—8—10 luni, este natural, rezultatele obţinute sunt mult mai puţin mulţumitoare. Aci, modificările anatomo-patologice sunt întinse, parenchimul pulmonar

BCU Cluj / Central University Library Cluj

aproape transformat, rezistenţa organică redusă, încât bronchoscopoterapia este în imposibilitate să vindece aceste forme. Cu toate acestea, şedinţele bronchoterapice, uşurează mult starea acestor nenorociţi ai soartei şi le face viaţa mai suportabilă. Le reduce expectoraţia, dispare fetiditatea, mănâncă mai cu poftă şi unii din ei îşi pot vedea chiar şi de ocupaţiile lor. Cei cu indicaţii operatorii profită mult de acest tratament preoperator, care reduce şocul operator şi scurtează acest act. In celelalte forme, unde nici tratamentul medical, nici cel chirurgical nu mai folosesc, singura bronchoscopoterapia a mai rămas care, făcută în mod sistematic poate uşura existenţa acestor bolnavi condamnaţi.

Statistica autorilor referitoare la vindecările obţinute variază dela autor la autor, ceiace se explică prin natura abceselor tratate şi prin formele lor clinice. In general, cei mai mulţi dau un procent în jurul lui 50%, de ex. H. L. Clerf, din 57 abcese pulmonare, consecutive amigdalectomiei, a obţinut o vindecare de 51% şi 22% îmbunătăţiri. Kernan, din 63 cazuri a avut 31 vindecări, ceiace ar reveni cam 50%. Procentul vindecabilităţii de 50% poate fi considerat ca un succes neîndoelnic al terapiei endobronchice, de oarece tratamentele celelalte nu dau decât un procent de vindecabilitate de maximum 20%. Dacă ţinem seamă de îmbunătăţirile ce obţinem aproape în toate formele clinice, trebue să admitem că noua metodă terapeutică constitue un mijloc important care merită toată atenţia corpului medical. Noi am putut urmări patru cazuri de abcese pulmonare, cărora le-am făcut în total 12 şedinţe endobronchice de tratament, care a constat din aspiraţii şi instilaţii de substanţe balsamice şi volatile. Şedinţele au fost făcute la opt zile interval, au fost bine suportate de toţi bolnavii şi s'a obţinut un caz de vindecare clinică, iar în trei din cazuri, o îmbunătăţire locală şi generală. Toate erau abcese cronice de natură broncho-pulmonare; din nenorocire n'au putut fi observate timp îndelungat şi nu ne este permis să tragem nici o concluzie, afară de aceia că metoda de tratament endobronchică, la noi este la începutul începutului, că bolnavii au suportat bine şedinţele, îşi dădeau seama de binefacerile tratamentului, fiindcă veneau regulat în zilele fixate şi cereau cu insistenţă să le aplicăm tratamentul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In bronchectazii se întrebuinţează acelaş principiu, de aspiraţie şi instilaţie medicamentoasă, combinate uneori cu spălături pulmonare. Vindecările „ad integrum", aci sunt mai rare, însă ameliorări se observă destul de des. Raportul între vindecări şi ameliorări este de 10 vindecări şi 29 ameliorări, dintr'un lot de 59 bolnavi ai lui Edward Martin. Personal am avut un singur caz pe care l'am urmărit două luni, i-am făcut mai multe şedinţe şi ne-a părăsit cu stare — fără îndoială — îmbunătăţită şi mulţumit de tratament.

Din afecţiunile aparatului respirator cu etiopatogenia nedeterminată, astmul bronchic a fost cel care a preocupat mai mult pe bronchoscopişti. Este cunoscută întâmplarea lui Pieniazek, din 1907, care voind să caute un corp străin la un copil în asfixie,

după actul operator a obţinut o îmbunătăţire simţitoare a stării astmatice, care îi cauzase accesul de sufocaţie. Numărul cercetărilor este mare şi noi am rămas impresionaţi când am văzut la Paris, venind astmatici, săptămânal, la şedinţe de bronchoscopie, care le îmbunătăţea starea. Am tratat şi noi un caz de astm esenţial, cu şedinţe de tracheo-bronchoscopie, în cursul cărora am pensulat mucoasa cu soluţii de cocaină şi rezultatul a fost mulţumitor. Intr'un alt caz, unde bolnavul avea o tuse violentă, care apărea sub forme de criză, a cărei cauză a scăpat tuturor examenelor obişnuite, prin bronchoscopie şi badigeonarea mucoasei, am redus-o şi ca număr şi ca intensitate.

Mucoasa tracheală ca şi cea nazală are diferite zone reflexogene, cari prin examenul direct se pot impresiona, se modifică tonusul vascular şi prin înlăturarea proceselor catarale influenţează în bine multe din afecţiunile cu patogenie necunoscută.

Câmpul indicaţiilor acestui mijloc de diagnostic încă nu este epuizat dar e bine să ştim că, îşi are şi contra-indicaţiile lui, dintre cari unele provizorii, iar altele definitive. Trebue să considerăm drept contra-indicaţie definitivă stările grave broncho-pulmonare, stările de tuberculoză laringo-pulmonare în stare cachexică, hemoptiziile proaspete şi modificările cardio-vasculare, în special anevrismul aortei. Este nevoe ca totdeauna să studiem bine bolnavul înaintea intervenţiei, să recurgem la toate informaţiile necesare şi numai după ce ne-am format convingerea că actul nostru nu-i poate strica, să recurgem la execuţia lui. Să judecăm starea cu spirit ştiinţific, dar să punem în hotărîrea noastră şi o doză de bun simţ şi sentiment omenesc. Bine 'nţeles în cazurile de corpi străini indicaţia este aproape sută la sută şi intervenţia să se facă chiar în cele mai grave situaţii. Surprizele sunt mari şi binefacerile actului operator, uneori sunt miraculoase.

Fără îndoială, metoda examenului direct asupra căilor respiratorii superioare şi-a cucerit dreptul de existenţă în medicină şi terapia toraco-mediastinală. Luminile ce ne dă pentru precizarea diagnosticului atâtor afecţiuni, posibilităţile ce ne oferă pentru aplicarea tratamentului, după forma şi natura leziunilor, inocuitatea aplicării lui, au contribuit să găsească o bună primire în multe din ţările cu o cultură medicală şi generală înaintată. La noi încă nu s'a ajuns acolo unde trebue. Putem spune că se întrebuinţează această metodă, numai pentru extracţia corpilor străini din trachee, bronchii şi esofag.

In clinica lui Jackson, din 113 şedinţe bronchoscopice executate într'o săptămână, 90 erau făcute pentru supuraţii broncho-pulmonare, 18 pentru alte boli toracice şi 5 pentru corpi străini, dintre cari patru erau necunoscuţi. La noi, din 107 şedinţe tracheo-bronchoscopice executate în serviciile de o. r. l. dela spitalele Colţea şi Filantropia, 85 se referă la corpi străini, 16 la supuraţii tracheo-bronchice şi 6 la alte afecţiuni sau numai în scop de explorare. Cele 16 şedinţe făcute în cazuri de supuraţii broncho-pulmonare, cuprind cinci bolnavi, dintre cari unul s'a vindecat în timp de şase săptă-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

mâni cu patru şedinţe bronchoscopo-terapice. Unul, cu o dilataţie de bronchi ne-a părăsit cu starea generală şi locală mai bună, iar ceilalţi au fost prea puţin timp observaţi ca să avem o părere.

Se înţelege dela sine, că observaţiile noastre sunt minime şi dovedesc cu prisosinţă, aproape inexistenţa în serviciile noastre spitaliceşti, a practicei tracheo-bronchoscopice. Cauzele acestei stări de fapt sunt multiple. Le cunoaştem cu toţii şi suntem datori — cei cari vrem binele bolnavilor şi ridicarea prestigiului medicinii româneşti — să nu neglijem un procedeu de investigaţie şi tratament atât de important.

Tracheo-bronchoscopia este de mare folos medicinii şi chirurgiei toraco-mediastinale, indispensabilă chirurgiei de urgenţă şi trebue să stea alături de radiologie, în examinarea şi tratarea acestor organe.

După părerea noastră, fiecare centru spitalicesc trebue să fie înzestrat cu un serviciu bine utilat de bronchoscopie, care pe lângă examenele curente, să fie în stare să aplice toată terapia endo-bronchică.

Spitalul de urgenţă, ca să corespundă menirei lui, are neapărată nevoe de un post de laringologie, prevăzut cu tot ce technica modernă pune la dispoziţie pentru scoaterea corpilor străini, sau înghiţiţi.

Aceste instalaţiuni sunt necesare şi în spitalele de provincie, unde suntem siguri, mor mulţi copii cu complicaţiuni broncho-pulmonare datorite corpilor străini tracheo-bronchici. Infiinţarea unui centru de bronchoscopoterapie pentru spitalele din Bucureşti, este o nevoie imperioasă şi o condiţie esenţială pentru asigurarea asistenţii medico-chirurgicală complectă a multor suferinzi cari, altfel rămân fără nici un tratament.

Pentru mine este o plăcere să profit de şedinţa de azi, ca să atrag atenţia corpului medical şi să fac un apel, în acelaş timp, pentru aplicarea acestui nou procedeu de terapeutică şi diagnostic, care în multe cazuri este salvator pentru bolnav şi asigură o colaborare strânsă între medicina internă, chirurgie, radiologie şi laringologie.

Cum nu ne putem dispensa de examenul radiologic în bolile toracelui, deşi obţinem numai imaginea leziunii, cu atât mai mult să recurgem în toate aceste cazuri la examenul direct, care ne dă indicaţiuni precise de sediul, întinderea şi forma leziunei.

II.

LUCRĂRI ORIGINALE

CU PRIVIRE LA DEONTOLOGIA MEDICALA *)

de

Prof. D-r N. MINOVICI

Oriunde o reuniune de oameni s'a format, acolo imediat a apărut şi o reglementaţie disciplinară pentrucă nu toate faptele comise de vreunul din membrii ei sunt pasibile de Codul Penal, ci multe privesc numai corporaţia. Disciplina e totalitatea regulelor dupe care se cârmueşte o grupare de oameni, cu scopul de a menţine demnitatea acelui corp şi a asigura încrederea publică.

Niciodată mai mult ca azi nu s'a simţit nevoia de a reprima toate aceste abateri şi de a căuta a le îndrepta. Vina a fost adesea şi a autorităţilor în drept chemate să vegheze nu numai la conservarea sănătăţii publice dar şi la ferirea prestigiului medicinei de orice atingere compromiţătoare şi care exploatează prostia omenească; aceasta şi din cauză că foarte greu şi foarte rar se pune în mişcare aparatul de control şi de represiune a fraudelor din practica medicală. E ruşinos azi de a vedea medici cari caută a se face cunoscuţi mai mult printr'o reclamă puţin ştiinţifică, făcută prin toate Vespasianele din oraş, decât prin cunoştinţele şi practica lor medicală.

Medicina cea veche înconjurată de misticism, obscură, fără posibilitatea de azi de a pune diagnosticul, fără o terapeutică vastă ca cea actuală, dacă lăsa de dorit, avea însă bunul lucru că pe timpul ei medicul era respectat, azi, din contră, medicina a ajuns la un apogeu foarte sus, iar noi medicii am căzut cât de jos, am pierdut prestigiul.

Dacă în trecut medicul nu vindeca pe toţi bolnavii săi şi se întâmpla să moară vreunul, cei din jurul mortului ziceau că medicul a făcut, săracul de el, tot ce a putut şi plângea împreună cu el insuccesul medical, azi se pretinde de unii că vindecă toate boalele, iar responsabilitatea îi urmăreşte pas cu pas.

Sfaturile pentru vindecare date de profani cari nu sunt medici, cele date prin cărţile vegetarianilor, ale naturaliştilor, precum şi ale altor remediuri comerciale şi care asigură vindecarea

*) Expunere făcută în şedinţa comună din 1 Aprilie crt. a Comitetului Asociaţiei g-le a medicilor din România cu Consiliul Colegiului Ilfov.

boalelor, au făcut, după spusa unor medici savanţi, mai mult rău umanităţii, decât cele mai rele epidemii.

Trebue a şti publicul că numai medicul poate cunoaşte medicina şi aceasta numai după un număr de ani de practică şi de studii foarte întinse. Din cauza lipsei de control serios al practicei medicale, am ajuns azi unde suntem, căci acolo unde este multă libertate, zicea Schiller, este şi multă rătăcire.

Pentru a preveni toate acestea, corpul medical a simţit nevoia de a creia Colegiul Medical, spre a reprima aceste abateri, şi a menţine demnitatea noastră profesională, căci pe lângă o responsabilitate juridică există şi o responsabilitate *morală*, care cuprinde abaterile de ordin deontologic de la principiile de etică, care priveşte demnitatea medicală. Azi constatăm cu mâhnire o călcare din ce în ce mai mare a legilor onoarei şi a demnităţii profesionale. E o tendinţă care merge pe o pantă alunecoasă şi care caută de a transforma profesiunea noastră liberă într'una comercială sau industrială. E un val de imoralitate care se abate asupra corpului nostru medical şi care creşte din ce în ce. Numărul medicilor răi, cari nu mai vor să ştie de onoarea profesională, cu care altădată ne făleam, cari exploatează fără ruşine lumea bolnavă, creşte din zi în zi. Avea dreptate Hippocrate când zicea: „Acolo unde e dragoste de aproapele său, este şi dragoste de artă".

Colegialitatea de altă dată aproape nu mai există, gelozia i-a luat locul, încât proverbul latin: Medicus, medico lupus, e la ordinea zilei.

Biblioteca Centrală Universitară "Carol I" Bucureşti

Deaceia e nevoe de a ne debarasa de asemenea colegi, prin stabilirea de texte de legi anume. Mare parte din aceste abateri ale corpului medical sunt de ordin moral. Nu e vorba de crime sau greşeli grave profesionale ci ceiace constatăm, e o slăbire a moralei, deoarece morala noastră a fost, este şi trebue să fie, cu un grad superioară tuturor celorlalte profesiuni. Se impune prin urmare să menţinem profesiunea noastră, care a făcut atâta onoare umanităţii, la înălţimea tradiţiunilor ei de onoare şi care i-a adus gloria şi forţa ei.

Viaţa în comun a oamenilor ar fi imposibilă fără morală. Ea urmăreşte pas cu pas fiecare activitate omenească. Ea merge mână în mână pe acelaş drum cu justiţia, impunându-le tuturor anume norme. Deaceia Littré a zis: Morala este ansamblul tuturor regulelor care guvernează conduita noastră faţă de noi înşine şi faţă de alţii.

Noi medicii deţinem în mâinile noastre două din cele mai mari bunuri ale omului: Sănătatea şi Viaţa. Fiecare cetăţean are dreptul la Sănătate, pe când dreptul de a vindeca nu-l are decât medicul, şi în ceiace priveşte aplicarea acestui drept, el este însoţit de etica profesională.

Morala priveşte mai ales corpul medical, morala ridică pe medic până la divinitate. Demnitatea profesiunei medicale cere 2 calităţi morale: devotament şi onestitate, cu alte cuvinte medicul,

are datoria de a lucra mai bine în interesul bolnavului uitându-se pe sine şi renunţând la interesele lui profesionale. Devotamentul e uitarea de sine, e iubirea aproapelui, fără nici o recompensă alta decât aceia pe care o aduce binele cu el. El e în slujba tutulor şi-şi expune viaţa pentru a scăpa pe a altora.

Etica medicală e bazată pe Cinstea profesională, cinstea ştiinţifică, discreţie, exactitate, devotament, dezinteres, dragoste faţă de semeni, indulgenţă faţă de alţii şi severitate faţă de tine însuţi. Care altă profesiune ca cea medicală mai cere atâtea condiţiuni morale? Era şi natural de a i se cere atâtea condiţiuni când scopul ei e de a scăpa viaţa sau a ne păstra sănătatea.

Posibilitatea de a greşi în medicină este mare, chiar supus restricţiunilor morale şi judiciare. Medicul nu poate evita eroarea, în câmpul atât de vast al artei medicale. Toate aceste îndatoriri le găsim în Deontologia medicală, care nu e altceva decât morala medicului, e codul manierelor dupe care el trebue a se conduce, e ansamblul regulelor de conduită a medicului în exerciţiul profesiunei sale. Deontologia e prefaţa medicinei, e oglinda în care se reflectează toate îndatoririle medicului. Deaceea pentru respectarea regulelor Deontologiei, s'au creiat instituţii disciplinare morale, cum e Colegiul Medical. Azi se tinde chiar la codificarea şi a Deontologiei.

Colegiul Medical e o organizaţie profesională a Corpului Medical, e un fel de tribunal al nostru şi care are sarcina de: a controla practica medicală şi a veghea la păstrarea prestigiului Corpului Medical luând măsurile necesare pentru preîntâmpinarea sau sancţionarea abaterilor săvârşite prin actele profesionale şi de deontologie. Prin urmare Colegiul Medical are dreptul: 1) a controla practica medicală; 2) a veghea la păstrarea prestigiului; 3) a sancţiona abaterile deontologice şi profesionale, şi 4) a preîntâmpina prin măsuri orice abateri. Nenorocirea a făcut şi mai ales împrejurările nu au permis până azi ca aceste atribuţiuni aşa de frumoase să-şi poată ajunge scopul. Deaceia azi ne-am întrunit cu toţii aci, spre a discuta şi a lua o deciziune fermă pentru viitor.

Iată pentru ce apelăm şi noi la toţi colegii, atrăgându-le atenţiunea asupra cuvintelor lui Henry Poincaré, care zicea: un cetăţean, oricare ar fi el, mai mult se ridică prin îndeplinirea datoriilor sale decât prin revendicările drepturilor sale.

Medicina nu mai este azi acea ştinţă mistică, obscură, în ceiace priveşte obiectul, întunecoasă în mijloacele ei, adesea inaptă sau nefolositoare în rezultatele ei, plină de orori, de opinii absurde în raport dealtfel cu starea generală a ştiinţelor şi cu nivelul intelectual al epocei.

Facultatea, zicea profesorul Brouardel, nu se poate mărgini numai la pregătirea ştiinţifică a medicului ei, ea are datoria să iniţieze pe viitorul medic şi asupra datoriilor şi drepturilor sale.

Nimic nu dă o idee de infinit ca prostia omenească, zicea Renan.

Empiricii şi şarlatanii sunt adevăraţii apaşi ai medicinei, ei sunt nişte cerşetori, cari prin fel de fel de manopere josnice uzurpează şi reputaţia şi profesiunea medicală. Ei vindecă toate boalele, dizolvă piatra dela rinichi şi din băşică, guta, tuberculoza, cancerul, nebunia, face să dispară petele de vărsat, ba chiar fac alb pe un negru. Aceşti indivizi ignoranţi storc bani dela aceşti nenorociţi, fără să-i vindece sau care rămân într'o stare şi mai rea ca înainte. Ceiace e mai trist, e că nu numai populaţia de jos cade pradă lor ci chiar şi persoane din lumea bună, cari se lasă să fie păcăliţi ca nişte proşti de aceşti piraţi ai bolnavilor.

Chiar în cazul când el nu dă decât simple sfaturi, empiricul vatămă bolnavului, prin aceea că-l face să neglijeze consultaţia unui medic până în momentul când intervenţia omului de ştiinţă e zădărnicită prin progresele făcute de boală.

Medicul trebue să ştie nu numai ce trebue să facă dar şi ce trebue să nu facă, căci sunt lucruri cari duc la penalităţi cum sunt în special acele ce privesc şarlatanismul, exagerarea diagnosticului, remediuri secrete, garantarea vindecărei, etc.

Remediurile secrete constituesc un apanaj al şarlatanilor. Şarlatanismul a devenit azi o industrie medicală pe care Max Simon o înfierează cu definiţia că ea cere lumei punga sau viaţa, iar lumea îi dă bucuros şi una şi alta, e fapta nu numai a acelora care fără titlu şi fără drept practică medicina, ci e fapta tuturor acelora care exercită medicina în dispreţul regulilor profesiunei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

E considerată escrocherie şi faptul de a da consultaţiuni medicale prin corespondenţe, broşuri, etc. Totdeauna în cadrul şarlatanismului intră şi doctori cari vor să se facă cunoscuţi mai mult prin reclamele puţin demne de un om de ştiinţă făcută prin toate vespasianele în loc de a se ilustra prin cunoştinţele şi practica sa medicală.

Pentru a pune frâu împotriva actelor care constitue o pângărire a medicinei, nu vedem alt remediu, zice profesor Mina Minovici, decât organizarea unui control sever al exerciţiului profesiunei, control al cărei eficacitate s'ar putea obţine numai cu concursul unui organ competent şi cu autoritate indiscutabilă, cum ar fi aceia a Ministerului Sănătăţii la care noi azi am mai adăogat şi pe aceia a Asociaţiei generale a medicilor, a Parchetului şi Serviciului Sanitar al Capitalei.

Dacă represiunea nu suprimă răul, nu e motiv de a renunţa şi a spune că e treaba poliţiei să apere publicul slab împotriva acestor cavaleri de industrie. E timpul de a căuta să ne debarasăm de cei care ne compromit.

Marele opere sunt totdeauna demne de mari eforturi! Vom repeta colegilor noştri cinstiţi: nu pierdeţi din vedere scopul ce-l urmărim şi lucraţi.

Totdeauna am considerat lupta în această criză medicală în care ne sbatem, ca o operă de solidaritate socială şi noi nu vedem în această luptă decât o datorie socială. Chiar dacă începutul lui ni se pare greu şi că presupunem că propovăduim în deşert, noi

nu trebue a ne pierde curajul, căci e mai preferabil de a semăna cu lacrimi şi de a recolta cu cântec de bucurie, decât a aştepta încet ca să zicem apoi că e prea târziu. O reformă ca aceasta nu se face în scurt timp, schimbările unei astfel de situaţii necesită un timp cu mult mai mare. Nu e destul că cu toţii ne dăm seama de marea importanţă a acelei lupte, ci după cum a apus Gött: nu e destul *de a şti* ci trebue *a aplica:* nu e destul *a voi* ci trebue *a acţiona.* De aceia dacă nu sperăm în curăţarea definitivă a corpului medical de oile râioase care îl compromit, totuşi am câştiga dacă s'ar obţine o împuţinare a elementelor corespunzătoare. E singurul mijloc de a vindeca boala pe care Sarcey a numit-o *Reclamită.* Nu numai la noi în ţară din nenorocire s'a întâmplat această stare de plâns a corpului medical, chiar în prezent nu mai puţin Franţa, caută de a pune şi ea la punct această calamitate. Astfel adunarea generală a Societăţii de medicină din Paris a votat următoarea moţiune relativ la publicitatea medicală, rugând pe membrii săi: 1) de a se abţine dela ori ce fel de reclamă, fie deghizată, către marele public (conferinţe, prospecte, radio, cinematograf, etc.); 2) să nu mai acorde colaborarea lor jurnalelor sau revistelor, care nu se adresează exclusiv corpului medical (cu excepţia cronicarilor medicali ai jurnalelor de informaţii); dar şi aceştia sunt invitaţi să se mărginească la chestiuni de higienă generală sau socială, excluzând terapeutica. Dar ceiace e mai important e că chiar Ministrul Sănătăţii Publice Sallier, într'o cuvântare ţinută recent la confederaţia sindicatelor medicale din Franţa s'a ridicat cu toată vehemenţa contra reclamei farmaceutice şi medicale în jurnalele nespecializate numind-o „cea mai de temută formă a şarlatanismului din timpul de faţă". Reclame de acest fel, spune Ministrul reprezintă mai multe miliarde stoarse dela nenorociţii suferinzi, fapte ce sunt calificate de *codul penal* drept excrocherie.

La ele se adaogă atâtea consultaţii gratuite, date publicului naiv şi ignorant, cu scopul unic de a-l face să cumpere cutare sau cutare remediu „infailibil". Pentru a curma cu acest scandal Ministrul anunţă o serie întreagă de măsuri legislative, ţinând seama în limita posibilului de interesele presei, ale sănătăţii publice şi ale corpului medical.

Să sperăm că azi cel puţin Asociaţia, dupe ce s'a convins de răul imens ce i l'a adus trecutul, se va arăta mai geloasă de bunul ei renume şi de apărarea drepturilor sale firesti şi imprescriptibile. Incercările dureroase din trecut să folosească celor prezenţi care au răspunderea destinului corpului medical şi să deschidă lupta, dând alarma.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

UN ACCIDENT NOU SI RAR, PRODUS DE TERAPIA CU PREPARAT BISMUTIC COLOIDAL, SI BISMUT HIDROSOLUBIL

de

SERGIU BACESCU

Introdus în terapeutica antisifilitică de către Levaditi în 1921, bismutul n'a întârziat să suscite atenţia tutulor specialiştilor şi să cucerească pe măsura rezultatelor obţinute, un loc din ce în ce mai mare şi mai important printre celelalte medicamente antisifilitice. Acţiunea bismutului în tratamentul sifilisului, a făcut obiectul a numeroase publicaţiuni apărute în interval de 15 ani şi semnate de către numeroşi sifiligrafi recunoscuţi de toată lumea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In literatura medicală franceză, asemenea publicaţiuni sunt însemnate de către Prof. Gougerot, Milian, Sezary, Levaditi, Balzer, Lacapère, Grenet, Belgodère şi alţii şi pe măsura întrebuinţării lui pe scară tot mai largă, s'a multiplicat şi observarea unor serii întregi de turburări la care poate da loc, datorită sensibilităţii individuale omeneşti atât de varietate.

In adevăr, până în prezent n'a ajuns la cunoaşterea unor serii întregi de incidente şi accidente produse de bismut, cari toate la un loc formează un capitol destul de mare al tratamentului sifilisului prin preparate bismutice.

Astfel cunoaştem lizereul bismutic, care nu este totdeauna obligator urmat şi de stomatită, stomatita bismutică, albuminuria bismutică, mai frequentă cu preparatele bismutice hidrosolubile şi oleo-solubile datorită celerităţii lor de rezorbţie şi mai rară cu preparatele de bismut în suspensie uleioasă care pun mai mult timp în a se rezorbi. Nu e rar de observat deasemeni nefrita bismutică cu cilindrurie şi azotemia bismutică, apoi gripa bismutică caracterizată prin febră, vomismente şi curbatură, simptome cari debutează imediat după injecţiune sau la câteva ore, astenia bismutică cu anemie şi slăbiciune, deşi au fost autori cari au observat în urma întrebuinţării preparatelor bismutice uneori o sporire în greutate a bolnavilor, icterul bismutic, rar dealtfel, zona, gastrita dureroasă şi colita ul-

ceroasă împreună cu diareea bismutică se observă destul de des. Febra bismutică, însoţită de o stare de rău general, accident destul de rar, care debutează la câteva ore după injecţiune şi ţine uneori şi 48 ore, acest accident, nu l'am observat decât de 2 ori pe un număr de 20.500 injecţiuni cu bismut sub toate cele trei forme, coloidal în suspensiune oleioasă şi hidrosolubil şi oleo-solubil şi aceste injecţiuni raportate la un număr de 1835 de specifici.

Unii bolnavi reacţionează prin ţesutul cutanat prezentând diferite eriteme, scarlatiniform, morbiliform şi eritrodermie, cum am avut ocazia să vedem şi să îngrijim D-l D-r Drăgoescu şi noi un caz pe care l'am publicat în Mişcarea Medicală din anul 4, No. 1—2, Ianuarie—Februarie, pag. 56 din 1931.

Deasemeni cazurile de nevralgii dentare, dureri musculare şi articulare au fost descrise în urma tratamentului cu bismut.

S'au observat foarte rar cazuri de angină agranulocitară bismutică şi cazuri de criză nitritoidică. Abcesele bismutice la locul de injecţie nu sunt rari, deasemeni scleroza musculară. Ca incident în tratamentul cu săruri de bismut în suspensiune s'a descris eritemul livedoid care ia naştere printr'o embolie arterială şi care a fost admirabil studiat şi pus la punct de către D-l Prof. St. Nicolau. La Societatea de Dermatologie, şedinţa din 20 Maiu 1926, Paris, Chatellier insistă asupra unui caz de dureri reumatismale în urma unei cure mixte de novarsenobenzol şi bismut (Quimby). In cazul comunicat de Domnia-sa e vorba de un bolnav de origină spaniolă în vârstă de 51 ani şi care în urma curei de mai sus numai după 2 injecţii de Quimby simte o stare de astenie, dureri lombare şi atralgii la articulaţiile genunchiului şi tibio-tarsiene fără ridicare de temperatură.

Cazul pe care îl vom expune mai jos nu l'am putea socoti ca intrând în această formă, pentru că prezintă două diferenţieri pe care le vom releva la sfârşit şi pentru că este datorit întrebuinţării unui bismut sub formă coloidală anume Bismuthoidol Robin în majoritatea cazurilor aproape lipsit total de accidente. Deasemeni din puţina literatură ce ne-a stat la îndemână nu-l putem integra nici în alte feluri de accidente descrise şi deaceea ne-am permis a-l aduce la cunoştinţă.

Iată observaţia bolnavului nostru:

Pe ziua de 16 Febr. a. c., se prezintă la consultaţiile noastre D-l B. P., intelectual, care în urmă cu 26 zile, adică la 20 Ianuarie a. c., a observat pe partea dorsală a penisului în imediata vecinătate a şanţului balano-prepuţial două leziuni pe care socotindu-le lipsite de importanţă şi le-a îngrijit singur.

Leziunile acestea după cum spune bolnavul au prins cu toate că nu supurau după câteva zile dela apariţie ganglionii din ambele plici inguinale şi s'au mărit cu toată îngrijirea dată încât la data venirii la consultaţii atinsese fiecare mărimea unei monede de 50 centime, aşa că alarmat s'a hotărît să consulte un medic.

Antecedentele personale din punct de vedere veneric sunt nule.

Bolnavul a suferit de o angină difterică acum 2 ani pentru care a făcut seroterapie, care a fost urmată după 10 zile de maladia serului. Deasemeni a mai suferit de o congestie pulmonară.

Starea prezentă: bolnavul bine desvoltat, în vârstă de 34 ani, prezintă în regiunea amintită mai sus două sifiloame primare nete de mărimea arătată mai sus, indurate şi perfect rotunde cu adenopatie inguinală dublă. Glandul se decalotează cu greutate din cauza unei fimoze incipiente. Pe tegumente nu se observă nici un fel de erupţie specifică. Reacţia Wassermann făcută pe ziua de 17 Febr. a. c., dă un rezultat intens pozitiv. Se institue tratament cu bismuthoidol Robin şi Neosalvarsan.

După prima injecţie de bismuthoidol bolnavul se plânge de dureri insuportabile articulare şi musculare, mai ales la articulaţiunile umerilor şi muşchii gâtului şi cefei precum şi de o febră care se ridică la 38,6. După 48 ore dela această injecţie i se face doza I-a de Neosalvarsan, în urma căreia bolnavu nu a simţit nici un fel de turburare. La 3 zile după prima injecţie de bismut i se administrează din nou o injecţie de bismuthoidol, 2 fiole odată subcutan. Fenomenele ce apăruseră după prima injecţiune reapar, însoţite fiind de un eritem la locul de injecţie, foarte accentuat, prezentând o rază de 6 cm. Iată după însăşi descripţia bolnavului cum se produce acest accident: după 8 ore dela data injecţiei apar dureri la articulaţiile umerilor, în bicepsii brahiali, la muşchii gâtului şi cefei. Durerile articulare şi musculare sunt mai puţin accentuate la membrele inferioare, unde se simte totuşi o ferbinţeală în timpul nopţei, când corpul este culcat în poziţie orizontală.

Durerile cresc progresiv în timpul acesta şi temperatura creşte până la 38,6, aceasta la 12 ore dela injecţie. Ele sunt atât de intense, încât fac imposibilă ridicarea mâinilor sau aducerea lor în poziţia de a îmbrăca sau de a desbrăca o haină; deasemeni durerea e intensă în articulaţiile pumnului şi degetele mâinii, iar mişcările capului la dreapta sau la stânga, înainte ori înapoi, nu se poate face decât cu foarte mare greutate, din cauza durerilor atroce ce simte în muşchii cefei şi gâtului. Deasemeni la articulaţiile maxilarelor se simt dureri mari când deschide gura, spre a vorbi. La articulaţiile genunchilor şi muşchii membrelor inferioare durerile sunt mult mai slabe; se simte numai o senzaţie de ferbinţeală în tot timpul nopţii. Atât timp cât corpul este întins în poziţie orizontală, durerile din articulaţie şi muşchii amintiţi sunt insuportabile, sunt, spune bolnavul, mai degrabă junghiuri propriu zise, care fac imposibilă şederea corpului în această poziţie. Junghiurile acestea teribile dispar aproape, când se schimbă poziţia, luând o poziţie verticală spre a reapare cu aceiaşi intensitate, când corpul este pus din nou în poziţie orizontală. In timpul simptomelor de mai sus, cari durează 24 ore şi chiar mai mult se remarcă o stare generală de slăbire a puterilor, care uneori este foarte accentuată, mai ales atunci când se face un efort oarecare, de exemplu de a urca o scară.

Ceeace prezintă importanţă specială în această observaţiune şi trebueşte relevat este că în cazul nostru durerile încep dela prima injecţie şi ating intensitatea maximă după 12 ore, pentru ca în timp de 24 ore să se amendeze complect. Al doilea, ele recunosc o ameliorare la schimbarea poziţiei, din orizontală în verticală, lucru căruia nu-i putem da o explicaţiune; şi al treilea ele sunt însoţite de febră destul de mare 38,6, febră care creşte cu intensitatea durerilor şi descreşte cu ele pentru a ajunge în interval de 24 ore la normal. Asupra patogeniei acestui caz nu putem emite o altă părere, decât că e vorba de o sensibilitate particulară a bolnavului nostru care se traduce prin acest mod de a reacţiona.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am socotit util să relevăm acest caz pentru 3 motive:

Intâi pentru motivul că bismutul coloidal după cum spune L. Dekeyser în Bruxelles médical, 3-ème année, No. 24, 15 avril 1928, p. 804, este unul din medicamentele bismutice foarte bine tolerat cu nici-un risc de intoxicaţiune sau de retenţiune. Acţiunea lui este foarte puternică, spune Dekeyser, asemănătoare preparatelor arsenicale trivalente. Deasemeni Hudelo şi Rabut în articolul: Reacţiunea bismutoterapiei antisifilitice asupra tubului digestiv, piele şi sistemul nervos, din Buletinul Societăţii de Dermatologie şi Sifiligrafie din Paris, No. 1, pag. 35, anul 1924, unde trece în revistă toate accidentele acestei terapii, nu vorbeşte nimic de bismutul coloidal.

Al doilea motiv este că durerile nu apar după o serie de injecţiuni, aşa încât să credem că ar fi vorba de o intoxicaţiune bismutică, întrucât ele apar dela prima injecţie şi se repetă la următoarele păstrând aceiaşi intensitate.

Al treilea au o durată scurtă şi sunt însoţite de febră.

Ţinem să adăogăm că făcându-i-se o injecţiune de bismut hidrosolubil (bijosol), intramuscular a prezentat aceiaşi reacţiune. Bolnavul nu a prezentat albuminurie şi deasemeni după injecţiile de neosalvarsan de 0.15—0.30—0.45—0.60, n'a avut nici un fel de intoleranţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La dureri
în loc de Morfină

EUKODAL Merck

Efect rapid, tolerabilitate bună
tablete de 0,005 gr. fiole de 0,01 şi 0,02 gr.

E. MERCK-DARMSTADT

Reprezentant: D-r I. BINDER — Bucureşti II, Str. Luigi Cazzavillan 34.

UN ACCIDENT PRODUS DE INJECTIUNI CU ACETILARSAN NEINTALNIT PANA ACUM IN TERAPEUTICA ANTISPECIFICA CU PREPARATE ARSENICALE PENTAVALENTE

de

D-r SERGIU I. BACESCU şi LUCIAN DEMETRESCU

Preparatele arsenicale se introduc în terapeutica sifilisului în mod definitiv numai în urma memorabilelor experienţe ale lui Ehrlich şi Hata din anul 1910. Anterior lucrărilor lui Ehrlich şi Hata, se cuvine să cităm pe cele ale lui Armand Gautier şi ale lui Salmon din 1907. Totuşi meritul de a fi introdus definitiv şi a fi făcut ca preparatele arsenicale să ocupe un loc de frunte în terapeutica antisifilitică, arătând şi marea diferenţă de activitate dintre sărurile trivalente şi pentavalente, revine tot lui Ehrlich.

Biblioteca Universitatea "Ion Ionescu de la Brad" Iaşi

Cu toată acţiunea superioară a arsenobenzenilor faţă de aceea a preparatelor arsenicale pentavalente, acestea din urmă au rămas totuşi în terapeutica antispecifică datorită particularităţilor următoare ce le prezintă:

1) Pierd mult mai puţin din activitatea lor terapeutică decât 914, când în loc să le administrăm pe cale subcutanată, le introducem pe cale digestivă (Fourneau, Tréfouel, Sézary şi Pomaret).

2) Nu devin treponemicide în organism decât după ce au încercat un proces de reducţiuni şi nu de oxidaţiune ca 914; şi al treilea sunt de o întrebuinţare mult mai comodă.

In afară de aceste particularităţi citate, aparţinând sărurilor pentavalente, mai trebue să accentuăm şi asupra accidentelor provocate de sărurile arsenicale trivalente cari au făcut ca o mare parte din lumea medicală să întrebuinţeze pe cele dintâiu, în locul celor din urmă, mai ales atunci când nu era necesară o terapeutică prea puternică, întrucât arsenicalele pentavalente sunt lipsite, sau aproape, de accidente post-terapeutice. Sézary în „Le traitement de la Syphilis" în 1921, spune: „Derivaţii accidului arsenic, sunt de o întrebuinţare foarte comodă. Le lipseşte cea mai mare parte din incovenientele lui 914 sau cel puţin nu le au decât cu o mare raritate. Ele totuşi pot provoca febră, eritrodermii şi nevrite arsenicale".

Trecem peste indicaţiile acestor preparate pentavalente în tratamentul sifilisului, întrucât nu formează obiectul expunerei noastre.

Ceeace ne interesează însă, este faptul că dintre preparatele pentavalente, acetylarsanul este cel mai uşor de mânuit şi pare şi cel mai lipsit de inconveniente. Iată într'adevăr ce spun Draculidès şi Vejirtys (Atena) la Soc. Francaise de Dermatologie et Syphiligrafie, în 1928: „Din tot ce ştim din bibliografia asupra acetylarsanului, acest produs este lipsit de inconveniente, cel puţin serioase, ca acelea care erau observate pentru celelalte arsenicale pentavalente (atoxyl, hectine, triparsanide, etc.").

Se ştie deasemeni că tratamentul arsenical nu atacă celula renală, arsenicul întrebuinţându-se chiar în cazuri de afecţiuni renale specifice sau concomitente cu un sifilis. Ca accidente renale provocate de arsenic, se citează cazuri de albuminurie (excepţional), crize renale hematurice, care se întâlnesc în accidentele imediate şi traduc o congestie renală ce întovărăşeşte congestia tutulor organelor. De aceea credem foarte instructiv cazul observat de noi la o bolnavă tratată cu acetylarsan şi care face o nefrită cu anurie şi azotemie.

Gaugerot în cartea sa „Le traitement de la syphilis en clientèle", citează cazul lui Lugue Morota, caz mortal prin vomismente, diaree şi anurie în urma tratamentului cu 606. Nu găsim însă în literatură nici un caz citat de anurie în urma tratamentului cu acetylarsan (nici cu celelalte pentavalente, nici chiar cu trivalente afară de 606).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La consultaţiile unuia dintre noi se prezintă d-l F. împreună cu cei 3 copii ai săi. Copii prezentau cu toţii stigmate de heredo-sifilis indubitabile. Se face R. Wassermann în sânge şi este pozitivă atât la părinte cât şi la copii. Sfătuind pe d-l F. să aducă şi pe soţia sa pentru tratament, demonstrându-i certitudinea infecţiunei ei. Doamna F. e în vârstă de 35 ani, menajeră, nu prezintă nici un simptom de sifilis câştigat sau hereditar. R. Wassermann făcută în sânge e negativă, totuşi prescriem Doamnei F. un tratament antisifilitic, constând în injecţii cu acetylarsan. Primele trei injecţii, practicate la interval de trei zile fiecare, sunt suportate foarte bine, bolnava neplângându-se de nici o turburare. A doua zi însă, după a patra injecţie, bolnava ne cheamă, acuzând dureri lombare şi spunând că n'a mai urinat de peste 12 ore. Intrebată asupra celor întâmplate dela injecţie până la turburările, ce acuză, bolnava ne spune că seara a luat o masă uşoară — fără posibilitate de intoxicaţie — a dormit bine şi nu a avut nici o cauză de răceală. Dimineaţa a simţit dureri lombare şi n'a mai urinat până la ora 4 p. m., când ne-a chemat s'o vedem. Interesându-ne de antecedentele personale ale bolnavei, aflăm că sunt din cele mai bune, mai ales în ceeace priveşte rinichii. Neagă maladiile infecto-contagioase. Nu a avut amigdalite. Nu a avut niciodată dureri în regiunea renală. De altfel la începutul tratamentului nu se constatase albumină în urină.

Examinând bolnava, nu găsim nimic deosebit la cord şi pulmon. Ficatul în limite normale, nedureros, splina nu se percută. Din partea tubului digestiv nimic deosebit, vor apare mai târziu vărsături şi sughiţuri datorate însă azoto-

miei. La palpaţia bimanuală lojele renale sunt uşor sensibile, rinichii nu se palpează. La percuţie vezica urinară e goală. Dealtfel bolnava urinase pe la orele 4 dim., totuşi sondăm bolnava fără a scoate nici o picătură de urină. Temperatura este normală şi se va menţine astfel până la terminarea boalei. I se administrează bolnavei ventuze scarificate lombare, injecţii intramusculare cu Euphylin, Calcium diuretin pe cale bucală şi o infuzie diuretică. Starea bolnavei se menţine la fel şi a doua zi. A treia zi bolnava se plânge în plus de dureri în tot organismul şi este somnolentă. A patra zi o sondăm fără nici un rezultat. A cincea zi văzând că situaţia se menţine disperată, o internăm în serviciul medical al Spit. Filantropia. Aci i-se administrează din nou diuretice, ser hipertonic intravenos, clisme cu ser goutte à goutte, revulzive pe regiunea renală, etc. Se dozează ureea în sânge găsindu-se 3,80 la litru ser. Cloruremia este 6,35%. A 7-a zi bolnava urinează circa 200 grame urină. In această urină găsim o albumină nerectractilă. După alte două zile se găsesc 0,30 grame albumină la litru. Diureza se restabileşte încetul cu încetul. După 20 zile dela internare bolnava părăseşte spitalul pe cale de vindecare. Diureza este normală, ureea în sânge deasemeni revine la cifra normală; mai persistă însă o mică cantitate de albumină în urină.

Din cele de mai sus reese clar că accidentele renale au fost produse de injecţia cu acetylarsan.

Credem instructiv acest caz pentru două considerente: 1) Fiindcă apare după 4 injecţii, lucru care dealtfel ne pune în situaţie dificilă de a formula vre-o ipoteză asupra patogeniei; şi 2) Pentru că nu a mai fost întâlnit până acum în tratamentul cu arsenic pentavalent, în speţă acetylarsan. Cazul lui Luque Morata a survenit în urma unei injecţii cu 606 şi se traduce printr'o congestie a mai multor organe, care s'ar putea explica printr'o sensibilitate particulară a bolnavului, pe care în cazul nostru nu o putem incrimina. Nu găsim necesar să stăruim asupra tratamentului în cazuri de asemeni accidente, întrucât el este cel indicat pentru toate anuriile. Desigur că în afară de tratamentul medicamentos poate în cazuri grave să fie încercat în extremis o decorticare renală.

BCU Iași / Central University Library Iași

SEMNELE DE ACTIVITATE ALE UNEI LESIUNI PULMONARE TUBERCULOASE

de

D-r POLDY BRAUNSTEIN

Nu există nici-un semn patognomonic izolat de lesiune în activitate, oricare ar fi acel semn şi prin urmare noţiunea de activitate a unei lesiuni pulmonare nu poate să fie decât concluzia unui total stabilit de către toate metodele de examen: anamneză, semne generale, semne subiective, semne funcţionale, semne fizice, semne radiologice, examene de laborator culese în serie, apropiate şi comparate unele cu altele pentru a poseda un fascicol de argumente care — numai el — poate să permită de a afirma activitatea unei lesiuni pulmonare tuberculoase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este de netăgăduit importanţa ce o prezintă pentru un medic practician, constatarea semnelor de *activitate* ale unei lesiuni pulmonare tuberculoase. Deasemenea un diagnostic precoce de *evolutivitate* se impune, căci de el depinde atât pronosticul cât şi indicaţiile terapeutice.

Dar activitatea şi evolutivitatea lesiunilor pulmonare tuberculoase au fost înţelese de către autori, în modurile cele mai diverse; şi aceasta, din cauză că expresiunea de activitate este mai mult sau mai puţin bogată, după cum lesiunea este, sau nu, în comunicaţie cu mediul circulator intern (sânge şi limfă) şi după cum bariera peri-lesională este mai mult sau mai puţin solidă. Căci în afară de virulenţa elementului bacilar şi a calităţii terenului, manifestările de activitate ale lesiunilor sunt comandate de importanţa, sau insuficienţa reacţiei scleroase de închistare a lesiunilor.

Totuşi se poate spune că:

1) Din punct de vedere *biologic*, o lesiune este activă atâta timp cât ea conţine bacili virulenţi.

2. Din punct de vedere *clinic*, o lesiune activă este aceea, care se exprimă prin semne clinice sau reacţii humorale destul de nete pentru a fi înregistrate.

3. Din punct de vedere *anatomic*, o lesiune pulmonară tuberculoasă activă şi evolutivă este aceea care se adânceşte sau se întinde.

Diagnosticul de activitate al unei lesiuni pulmonare ar consta

deci, în a găsi semne clinice sau reacţiuni atât de sensibile şi de specifice, încât orice lesiune bacteriologiceşte activă, să poată fi decelată în mod sigur, ceeace, din nefericire, nu există încă actualmente.

Leon Bernard socoteşte că este necesar de a separa noţiunea de *evoluţie* care implică progresiunea lesiunilor, de noţiunea de *activitate* care răspunde la producerea de simptome traducând viaţa microbiană fără progresia teritorială a lesiunei. Sunt lesiuni cari pot să fie active fără să fie evolutive, după cum lesiuni ne-evolutive pot să fie active sau inactive.

Lesiunile inactive sunt fie sequele de primo-infecţiune tuberculoasă, fie resturi de lesiuni de supra-infecţiune oprite, stabilizate. In ambele cazuri, aceste lesiuni se traduc prin semne funcţionale şi generale. Dealtfel, lesiunile pot să prezinte perioade alternante de inactivitate şi de activitate.

Pentru Sergent şi Mignot, termenul de activitate trebue să fie net definit şi deosebit de acela de evolutivitate. Activitatea unei lesiuni tuberculoase indică numai o stare de virulenţă persistentă, în timp ce evolutivitatea implică ideea de extensiune a lesiunei prin progresiunea pe loc sau prin însămânţare la distanţă, de unde, opoziţia între lesiunile bacilifere dar stagnante şi lesiunile bacilifere şi extensive. Aici apare importanţa capitală a noţiunei de focare tuberculoase latente, în somn şi a reactivării lor evolutive posibile, adică a redeşteptării lor.

Semnele de *activitate latentă* sunt reprezentate prin tuberculino-reacţia şi prin stigmate radiologice vechi, indicând că individul a fost şi rămâne tuberculizat, purtător al unei lesiuni în somnolenţă, susceptibilă de o reactivare evolutivă sub influenţa unor circumstanţe ocazionale.

Din acest punct de vedere, al activităţii, Leuret şi Caussimon propun clasificaţia următoare a lesiunilor pulmonare tuberculoase:

1. *Lesiune inactivă,* în acelaş timp din punct de vedere bacteriologic şi din punct de vedere clinic. Este forma ideală a tuberculozei vindecate. De semnalat că aceste lesiuni pot lăsa urme humorale şi radiologice.

2. *Lesiune activă* din punct de vedere bacteriologic şi *tăcută* din punct de vedere clinic. Este tuberculoza latentă sau tuberculoza stabilizată.

3. *Lesiune activă* din punct de vedere bacteriologic şi din punct de vedere clinic, dar *ne-evolutivă,* căci ea nu se întinde şi nici nu se adânceşte.

a) Ea poate fi închisă de partea mediului intern şi de partea bronchiilor. Este tuberculoza închisă activă.

b) Ea poate fi închisă de partea mediului intern şi deschisă de partea bronchiilor: tip de abces rece pulmonar.

4. *Lesiune activă* din punct de vedere bacteriologic şi din punct de vedere clinic şi pe lângă aceasta, — *evolutivă;* ftizia pulmonară comună cronică.

5. *Lesiune activă* din punct de vedere bacteriologic şi din

punct de vedere clinic, neevolutivă dar *infectantă:* formă septicemică continuă sau intermitentă.

6. *Lesiune activă* din punct de vedere bacteriologic şi din punct de vedere clinic şi — pe lângă aceasta — *evolutivă* şi *infectantă;* ftizii acute, subacute sau cronice cu evoluţie rapidă.

Pentru a pune însă diagnosticul de lesiune tuberculoasă în activitate, trebue să recurgem la cele trei moduri de explorare: clinică, radiologică şi biologică.

A. SEMNELE CLINICE.

Cliniceşte diagnosticul de activitate se va baza pe *semnele generale* de toxi-infecţiune şi de deficienţă a terenului: curba termometrică şi proba lui Daremberg, astenia, slăbirea, sudori, tachicardia, turburări circulatorii, turburări dispeptice, anemia, amenoreea; pe *semne subiective:* durerile locale, semnul Braunstein-Stéphani (scotomul scânteetor); pe semne *funcţionale:* dispneea, tusea, expectoraţia; şi pe semne *fizice:* inspecţia, palpaţia, percuţia, auscultaţia.

SEMNELE GENERALE:

Febră, semn primordial, „oglinda fidelă a tendinţei evolutive a lesiunilor", este de obicei suficientă, dar nu totdeauna necesară, pentru a ne indica activitatea tuberculoasă. Deşi se admite astăzi că „cu cât infecţia este mai puternică cu atât şi febra trebue să fie mai ridicată" şi că deci avem tot interesul să respectăm această reacţie de apărare, totuşi acest adevăr nu poate să fie aplicat prea strict în tuberculoză, deoarece febra nu apare decât în organismul bine atacat şi ea indică atunci o stare de deficienţă datorită impregnaţiei toxice. Trebue deci, să ne temem de o febră, chiar relativ puţin ridicată, la astfel de bolnavi. De remarcat că faţă de o lesiune pulmonară de o activitate analogă, fiecare bolnav face febra în felul său.

Digitized by Google Original from Universitatea Babeş-Bolyai

Febra exprimă, în genere, o activitate cu atât mai puternică cu cât ea este mai ridicată, mai durabilă şi cu cât ea se întovărăşeşte de un cortegiu mai important de semne generale. Singura temperatură valabilă însă, este cea rectală, luată după 30 minute de repaus total, tăcut şi alungit. In mod practic se admite că sunt:

Apireticii	sub	$37^{0},^{2}$	seara
Sub-febrili	„	$37^{0},^{7}$	„
Febriculari	„	$38^{0},^{2}$	„
Febrili	„	39^{0}	„
Mari febrili	deasupra	39^{0}	„

O temperatură care oscilează în mod regulat, seara, între 38^{0} şi 39^{0}, indică ramolismentul pulmonar sau intoxicaţia profundă. Starea subfebrilă continuă este expresia unui focar rău închistat a cărui activitate durabilă constitue o gravă ameninţare. Febrele tuberculoase ondulante, *hectice,* sunt expresia unor lesiuni active, evolutive şi infectante. Dacă este vorba de o febră tranzitorie care este oprită printr'o şedere în pat de câteva zile, ea răspunde mai

degrabă unei *febre de oboseală,* care este atât de cunoscută. Când febra adoptă un *tip inversat,* pronosticul devine prost şi orice medicaţie va fi ineficace.

La femee, diversele tipuri de febră menstruală constitue un foarte bun criteriu de activitate infectantă a lesiunilor pulmonare.

In mod general, se poate spune că diversele modalităţi ale febrei reprezintă manifestaţiuni capitale ale activităţii lesiunilor tuberculoase. Totuşi, absenţa febrei nu implică în mod necesar, inactivitatea lesiunilor. Există numeroase forme active de tuberculoză care se desvoltă fără reacţie termică apreciabilă. In fine, *hipotermia* ultimelor zile este bine cunoscută de medici, mai puţin cunoscută, din fericire, de către bolnavi şi de familie.

Pentru a pune în evidenţă *instabilitatea termică* care traduce ea însăşi persistenţa unui focar tuberculos încă activ, există mai multe probe, dintre cari proba mersului a lui Daremberg este foarte utilă: se fac 4800 metri, pe teren plat, într'o oră; se ia temperatura imediat înainte (1), imediat după (2) şi oră mai târziu (3). Instabilitatea este proporţională cu depărtarea dintre 2 şi 3. Remisiunea dintre 2 şi 3 este cu atât mai completă cu cât bolnavul este mai puţin intoxicat.

Proba mersului poate fi considerată ca un bun semn de activitate lesională.

Astenia, oboseala la cel mai mic efort, este semnul general cel mai fidel şi corespunde, aproape totdeauna, unor lesiuni active. Intensitatea sa este variabilă, după cazuri. Deobicei e vorba de o astenie persistentă, permanentă, care nu cedează prin repaus. Bolnavul, chiar la pat fiind, are oboseala fizică şi psihică contra căreia el nu poate reacţiona decât cu mare greutate. Astenia este mai ales intensă în perioada de debut, bolnavul obicinuindu-se, cu timpul, faţă de intoxicaţia tuberculoasă. Ea reapare la fiecare puseu evolutiv şi devine intensă în ultimele faze ale maladiei. Nu se poate vorbi de vindecare, atâta timp cât astenia nu a dispărut complet, chiar dacă toate celelalte simtome vorbesc în sens contrar.

Slăbirea este un bun semn de activitate lesională şi formează impreună cu febra, astenia, scotomul scânteetor, tachicardia, simptomatologia prin care se traduce intoxicaţia generală a organismului de către toxinele tuberculoase.

Slăbirea este de multe ori rapidă, importantă şi suficientă, ca prin ea singură, să atragă atenţia bolnavului şi anturajului său. Alte ori, slăbirea este lentă dar regulată şi nu va putea să fie pusă în evidenţă decât prin verificarea regulată şi judicioasă a greutăţei. Pentru aceasta, se va recomanda bolnavului de a se cântări la date fixe, pe aceeaşi basculă, la aceeaşi oră, cu aceleaşi vestminte, aceleaşi obiecte de buzunar şi în aceleaşi condiţii ale rezervoarelor naturale.

O mărire a greutăţii corpului, nu este interesantă decât dacă şi celelalte simptome se amendează în acelaşi timp. Creşterea greutăţii datorită supra-alimentaţiei nu serveşte la nimic. Ea este factice şi trecătoare şi traduce numai o eroare de higienă. Dar ab-

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Cluj

senţa de alterare a stărei generale (astenia, slăbirea) nu implică că lesiunile sunt neapărat inactive. Exemple avem destule în tuberculozele floride.

Sudorile sunt variabile, uneori profuze şi constituesc un simptom tot atât de penibil pe cât este de rebel la orice terapeutică. Antitermicele le măresc chiar, din care cauză le vom utiliza cât mai puţin posibil. Ca şi febra, tachicardia, slăbirea — sudorile traduc intoxicaţia profundă a organismului. Apar de obicei, după accesul febril şi cele mai adeseaori, noaptea. Există febre şi fără sudori, după cum există şi sudori fără febră, cele două simptome nefiind legate în mod necesar. Sudorile devin foarte abundente în timpul ultimelor faze ale maladiei şi exală un miros caracteristic, penibil.

Dacă sudorile nu cedează cu o viaţă dusă continu în aer liber, într'un climat apropiat, ele sunt atunci indiciul unei infecţiuni profunde şi de un pronostic sever.

Tachicardia, este constantă în tuberculoză şi este datorită intoxicaţiei; ea constitue un semn important de activitate a lesiunilor tuberculoase. Pulsul, chiar în repaus, atinge adeseori 120—130 pe minut. Efortul îl accelerează încă. Instabilitatea pulsului răspunde instabilităţii curbelor temperaturii greutăţii.

Pulsul are o mare importanţă pentru diagnostic. Dacă numărul bătăilor este normal, evoluţia spre vindecare este probabilă.

Turburări circulatorii. Hipotensiunea este regula, cu excepţia congestivilor şi a scleroşilor. Este un bun semn de a găsi 13 şi mai mult. Marfan găseşte că 75% dintre bolnavi, înaintea perioadei ultime, au tensiunea scoborâtă. In perioada terminală ea este scoborîtă în 98% din cazuri. Această scoborîre este independentă de gradul temperaturii şi de frecvenţa pulsului.

Dacă în cursul maladiei, tensiunea arterială se urcă progresiv, sunt toate motivele de a crede că bolnavii merg spre bine. Dacă din contră, tensiunea arterială scade în mod constant, terminarea fatală trebue considerată ca producându-se într'un interval de timp apropiat.

Turburări dispeptice. Anorexia, mai mult sau mai puţin marcată, este de regulă. Diareea, variabilă, Trebuesc deosebite diareele toxice, trecătoare, de diareele dureroase şi grave ale tuberculozei intestinale, complicaţie redutabilă şi frecventă. Trebue prevenit bolnavul să nu-şi înghită sputa niciodată.

Anemia, este de regulă, cu excepţia celor ce prezintă forme congestive sau floride.

Amenoreea. Oprirea regulelor este un semn rău, după cum reapariţia lor este considerată ca un semn favorabil.

SEMNELE SUBIECTIVE:

Se caracterizează prin faptul că nu pot fi definite decât de însuşi bolnavul şi — prin urmare — medicul nu le poate distinge decât graţie unui interogator bine condus.

Durerea locală, junghiul, este semnul subiectiv prin excelenţă al maladiilor aparatului respirator. Durerea este de obiceiu

www.digital.carmen.ro/universitatea

spontană şi relevă o atingere superficială a pleurei. Avem deaface fie cu o durere intensă, fie cu o senzaţie minimă pe care numai interogatoriul ar putea să o pună în evidenţă. Durerile sunt adeseaori exagerate prin presiune locală. Uneori legate de un proces central, ele sunt însă deobicei în raport cu reacţiuni de cortico-pleurită şi se întovărăşesc de simptome stetacustice, în special de raluri foarte fine, cu sediul exact la nivelul focarului evolutiv.

Nu există nici un raport între importanţa durerii şi aceea a lesiunii: o durere intensă poate să ţie de o pleurită fără gravitate după cum o senzaţie foarte vagă de durere locală este câte odată singurul simptom care — în afara examenului radiologic — obiectivează formarea unei lesiuni excavate.

Semnul Braunstein-Stéphani *). Impreună cu Jacques-Stéphani din Montana, am atras atenţia medicilor şi în special a ftiziologilor asupra importanţei clinice a unui sindrom ocular a cărei interpretare rămăsesee complet necunoscută. Este vorba de scotomul scânteetor, acesta fiind considerat cu excluderea celorlalte scotome cari consistă pur şi simplu din perderea unei culori, din prezenţa de pete negre, etc. Patogenia acestor din urmă manifestaţiuni este în general bine stabilită şi nu ne interesează aci.

Scotomul scânteetor, care singur ne preocupă, a fost bine descris de către toţi specialiştii în tratatele clasice şi se prezintă, clinicește, subt forma unui atac care începe printr'o pată întunecată ce apare înaintea ambilor ochi. Această pată se întinde întovărăşindu-se de scânteeri şi de linii în zig-zag colorate, până ce se produce în câmpul vizual o lipsă considerabilă ce îmbracă adeseaori forma hemi-anopsică. Câte odată se constată chiar cefalee, o stare generală rea, ameţeli, greţuri şi vomismente. Acest atac, a cărui durată variază dela câteva minute până la un sfert de oră, rezistă la orice tratament şi încetează la sfârşit, complet. S'a numit acest sindrom scotom scânteetor, pentrucă pata este animată la periferia sa de o mişcare vibratorie, de un fel de fluturare.

Acestea zise, este de remarcat că, până în prezent, cauza eficientă a acestui sindrom a scăpat tuturor investigaţiunilor. Ori, după lucrările noastre, scotomul scânteetor merită să fie aşezat în lista semnelor clasice ale tuberculozei pulmonare, fie că el se prezintă în timpul perioadei premonitorii, perioadei de debut sau în timpul perioadei de stare. Acest sindrom ocular ar veni deci să se plaseze în acelaş rând cu astenia, sudorile, tachicardia, dispneea şi semnele variate de decalcificare şi va fi de plasat sub dependenţa acţiunei toxinelor bacilului Koch sau cel puţin a substanţelor pe cari le numim astfel.

Am ajuns la această concluzie în urma cercetărilor făcute în cursul ultimilor ani, în diferite servicii de tuberculoşi şi pe mai multe sute de cazuri.

Dacă deci nu suntem încă autorizaţi de a spune că scotomul scânteetor este un semn patognomonic, specific, nu este mai puţin

*) *Poldy Braunstein et Jacques Stéphani:* Le scotome scintillant considéré comme un signe fidèle dans la tuberculose pulmonaire. Bulletin Médical 18 Juin 1932.

adevărat că el pare tot atât de fidel ca toate acele semne pe cari avem obiceiul să le considerăm drept clasice. Interogatoriile noastre ne-au dat într'adevăr o frecvenţă de 80% din toate cazurile.

Nu numai că prezenţa scotomului scânteetor ne pune pe calea diagnosticului, dar persistenţa şi repetarea sa la intervale din ce în ce mai apropiate. ne indică mai bine decât multe alte probe utilizate în acest scop, o rezistenţă rea, o deficienţă a organismului care coincide în general, cu o reactivare a lesiunilor în momentul când constatăm persistenţa sindromului. Deasemenea, cu cât acest sindrom se produce la intervale din ce în ce mai depărtate, înseamnă că avem deaface cu o tendinţă la închistare şi stabilizare a lesiunilor.

Se vede deci, cum acest semn, uşor de pus în evidenţă printr'un interogator sau examen atent, poate juca un rol important în pronosticul şi chiar în tratamentul tuberculozei pulmonare, căci valoarea sa diagnostică odată recunoscută, contribue să uşureze depistarea mai precoce a maladiei.

SEMNELE FUNCŢIONALE:

Dispneea, sau năduhul, este unul din semnele obişnuite ale tuberculozei incipiente. Ea este mai mult de origină toxică decât mecanică. Reţinem că atunci când dispneea este foarte accentuată şi se produce cu ocazia celui mai mic efort sau persistă mult timp după ce bolnavul s'a odihnit, ea constitue un supărător element de pronostic şi o piedică serioasă pentru instituirea colapsoterapiei.

Tusea, este un simptom extrem de fidel şi care atrage atenţia imediat asupra plămânilor. In mod practic, orice tuberculos tuşeşte, dar nu oricine tuşeşte este şi tuberculos. Piery a descris în cartea sa asupra tuberculozei, 12 varietăţi de tuse. Noi vom distinge numai 4 varietăţi: a) *tusea uscată* dela începutul maladiei; b) *tusea grasă* de expulzie, mai ales dimineaţa, care corespunde evacuării secreţiilor purulente în cursul tuberculozei cavitare sau în tuberculoza complicată de dilataţie bronşică, tuse pe care o vom respecta fiind preţioasă. Bolnavul care ia calmante expectorează mai puţin, în schimb febra i se ridică; c) *tusea quintoasă* de iritaţie laringee, datorită prafului, congestiei locale sau compresiei mediastinale şi care trebue calmată dacă devine prea jenantă; d) *tusea emetisantă* care apare în general în formele avansate ale maladiei şi care trebue combătută.

Expectoraţia este constantă şi variabilă, totuşi este un simptom mai puţin constant decât tusea. Abundenţa expectoraţiei nu este o expresie fidelă a activităţii lesiunilor. Ea poate chiar să lipsească în formele evolutive şi sub-evolutive, fie că bolnavul înghite inconştient sputa (se va căuta baccilul în materiile fecale) fie că secreţiile patologice sunt într'adevăr foarte puţin abundente. In medie un tuberculos expectorează de 10—12 ori dimineaţa. Expectoraţia este tipică, verde, groasă şi conţine la microscop — aproape fără excepţie — bacili şi diferiţi coci. Dacă bacilul nu a fost decelat în cursul mai multor examene minuţioase şi dacă omogenizarea şi inocularea la cobai rămân negative, e vorba de o maladie care simulează tuberculoza: bronşiectazia.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Numărul expectoraţiilor creşte în cursul puseurilor, al infecţiunilor supra-adăugate, al bronşitelor banale suplimentare — căci tuberculoşii răcesc ca şi indivizii sănătoşi. Mărirea nu este atunci decât trecătoare. Expectoraţia este *ruginie* în cursul unui puseu pneumonic; *striată* de fire roşii în caz de congestie locală sau *hemoptoică* rezultând dintr'o ulceraţie vasculară mică, foarte adeseaori întâlnită în cele 3 zile cari precedează menstruaţia. *Hemoptiziile* mai importante corespund ulceraţiei unor vase mai mari. *Hemoptizia „fudroyantă"* corespunde rupturei unui anevrism a lui Rassmüsen.

SEMNELE FIZICE:

Sunt culese prin inspecţie, palpaţie, percuţie şi auscultaţie.

Inspecţia va da medicului o impresie de ansamblu. Astfel, un ochiu experimentat va recunoaşte din atitudinea bolnavului, pe un tuberculos al cărui facies este de obiceiu excavat şi cu pometele proeminente şi liliachii. Inegalitatea pupilară va indica doar o pleurită a vârfului, în caz de midriază şi o lesiune veche, în caz de miosis.

Inspecţia combinată cu *palpaţia* va permite de a aprecia deformaţiunile toracice-retracţiunile costale — precum şi lipsa de expansiune a cutiei toracice. Localizată la un vârf, lipsa de expansiune, permite uneori de a pune imedat diagnosticul de localizare.

Percuţia şi *auscultaţia* sunt destinate, mai ales, să ne informeze asupra modificărilor fizice survenite din cauza maladiei, în starea plămânilor; mărirea sau diminuarea densităţii pulmonare, prezenţa sau absenţa de secreţii patologice în bronchii, prezenţa sau absenţa unei pierderi de substanţă, suprimarea sau diminuarea permeabilităţii unui segment din câmpul respirator.

Dar pentru a fi percepută, o lesiune trebue să realizeze un oarecare număr de condiţiuni. Ea trebue să fie: *a)* suficient de voluminoasă (legea volumului minim) *b)* suficient de superficială (legea profunzimei maxime); *c)* să nu-şi aibe sediul într'o regiune inexplorabilă (regiunea sub-scapulară, zonele juxta-diafragmatice partea internă a vârfului pulmonului, zonele centrale juxta-mediastinale); şi în fine *d)* să dea naştere la secreţiuni patologice cauză determinantă a diferitelor varietăţi de raluri.

Faptul de a nu auzi nimic anormal chiar în zonele de elecţie (fosa supra-claviculară, fosa sub-claviculară, regiunea hilului, marginea anterioară a plămânului, fosa supra-spinoasă, fosa sub-scapulară, spaţiul interscapulo-vertebral, scissurile pulmonare, axila, regiunea bazei) nu probează integritatea paremchimului. Unele lesiuni sunt deci *mute,* chiar dacă sunt superficiale. Se poate chiar spune că nu tot ce se găseşte în zona superficială este şi auzibil.

Dar dacă admitem existenţa şi frecvenţa relativă a lesiunilor mute, noi credem, cu Jumont, că nu trebue să cădem în exageraţie, căci:

1. Unele lesiuni sunt mute pentrucă *nu au fost căutate acolo unde ar fi trebuit să fie.* Intr'adevăr semnele de palpaţie şi de percuţie pot să lipsească şi auscultaţia să nu dea decât un suflu foarte uşor, dulce, destul de asemănător cu murmurul vezicular. In acest

caz lesiunea este vorbitoare şi avem deaface de obicei cu lesiuni juxta-scissurale, o localizare foarte frecventă. Dacă se ascultă regiunile anterioare şi posterioare ale toracelui, nu se aude nimic; dar dacă se ascultă regiunea scissuro-axilară, prea adesea ori neglijată, se aude aproape totdeauna semne nete.

2) Sunt lesiuni cari sunt mute pentrucă ele *vorbesc un langaj diferit* de langajul clasic. Intr'adevăr, este excepţional ca să găsim schema clasică a lui Laënec: matitate (în caz de cavernă plină) sau timpanism (în caz de cavernă vidată) semnele lui Wintrch şi ale lui Gerhardt, mărirea vibraţiilor toracice, ralui cavernoase sau garguiment, tuse cavernoasă şi suflu, semne cari la ecran se traduc prin imaginea lui Bouchard care consistă dintr'o sferă clară înconjurată de un cerc mai mult sau mai puţin regulat ce se strânge ca o pungă când bolnavul tuşeşte. De obiceiu însă, lesiunea se traduce prin semne de împrumut, datorite reacţiunilor de condensaţie a paremchimului vecin. Vom găsi un teritoriu tulbure unde constatăm o obscuritate respiratorie, cracmente, raluri consonante, raluri ronflante şi sibilante, semne cari se explică printr'o zonă de emfizem periferic. Totuşi, semnele cele mai frecvente sunt: diminuarea sau abolirea murmurului vezicular, suflu prin condensarea perilesională, uneori raluri buloase, cărora Dumarest le adaugă marile raluri consonante a căror valoare diagnostică este considerabilă.

3. Sunt lesiuni cari sunt mute pentrucă semnele lor nu apar decât în mod *intermitent*. Semnele de activitate ale unei lesiuni pot fi într'adevăr suprimate în mod trecător prin obstrucţiuni intermitente ale bronchiei de drenaj, după cum au arătat experienţele lui Sergent, Vidraşcu, Bondet şi Chaveau precum şi constatările clinice ale lui Sabourin, Cerenville şi Sergent. In astfel de cazuri, dispariţia şi reapariţia suflului cavernos coincid adeseaori cu suprimarea şi reînceperea expectoraţiei sub forma unei pseudo-vomice. Roubier a pus în evidenţă această obliterare pasageră a bronchiei de drenaj, graţie injecţiunilor intra-traheale cu lipiodol.

4. Există în fine, lesiuni cu *adevărat mute*, dar sunt şi cele mai puţin frecvente; şi sunt mute pentrucă lesiunile sunt prea profunde sau prea mici pentru a se traduce prin semne fizice, sau pentrucă lesiunile sunt mascate prin reacţiuni inflamatorii ale organelor vecine. Aceste lesiuni inauzibile sunt vizibile la ecran, dar nu toate. Vechile caverne ulcero-fibroase sunt cu adevărat mute, pentrucă nu mai sunt secretorii şi deci nu dau raluri; deasemenea nu mai sunt expansibile şi deci nu dau suflu.

5. Pe de altă parte, există lesiuni vorbitoare, *invizibile la razele X*, din cauza reacţiunilor condensante şi opacifiante care le înconjoară şi decelabile numai după creerea pneumotoraxului artificial.

6. Pentru a termina cu lesiunile mute, se citează *cavernele ganglionare* cari pot simula o cavernă pulmonară. Sunt citate numai pentru memorie, diagnosticul lor fiind aproape imposibil de făcut altfel decât la autopsie.

Lesiuni pulmonare se pot întâlni chiar la *sugar;* ele pot o-

Digitized by Academia Româna University Library (CIP)

cupa orice punct al câmpului pulmonar. Semnele lor sunt reduse şi puţin caracteristice, deaceea adeseaori ele sunt mute.

In materie de tuberculoză pulmonară, se poate spune că lesiunile cari se aud mai bine, nu sunt în mod necesar şi cele mai active. Invers, lesiuni inauzibile sau abia perceptibile pot să aibe o activitate redutabilă.

Deoarece nu există sindrom de auscultaţie, care să fie patognomonic de lesiune tuberculoasă activă, semnele fizice trebuesc să fie interpretate prin comparaţie cu semnele generale. Acelaş lucru se poate spune şi despre tuse, despre abundenţa expectoraţiei precum şi a dispneei, cari nu traduc decât imperfect activitatea lesiunilor; dupăcum semnele generale sunt acelea cari fac din hemoptizie martorul activităţii lesionale.

B. SEMNELE RADIOLOGICE.

Există lesiuni pulmonare active pe cari technicele actuale ale radiologiei sunt neputincioase să le pue în evidenţă.

Activitatea sau inactivitatea lesiunilor, nu sunt deloc în raport direct cu absenţa şi nici cu abundenţa imaginilor. Imaginea observată fiind rezultatul unei totalizări de umbre şi de hiperclarităţi, intensitatea umbrei nu este proporţională cu gravitatea lesiunei; şi invers.

Pentru a aprecia activitatea şi evolutivitatea lesiunilor, este absolut indispensabil de a practica în mod sistematic — cum a arătat Sergent — radiografii în serie cari, singure, prin compararea numărului imaginilor, a formelor lor, a sediului, a gradului de opacitate şi a contururilor, pot să arate modificările umbrelor în suprafaţă şi în intensitate. Deasemenea, radiografiile nu vor avea valoare decât dacă filmele au fost executate în aceleaşi condiţii de technică.

Compararea *numărului* imaginilor ne va informa îndată, arătându-ne fixitatea, mărirea sau diminuarea; această comparare va permite de a aprecia dacă lesiunile tind să rămâe staţionare, să se întindă însămânţându-se, sau să regreseze.

Compararea imaginilor asupra *sediului* ce-l ocupă pe fiecare din radiografiile luate în serie, va necesita un examen mai atent, dar va da în schimb indicaţii de o fineţe mai mare. Astfel, o mică pată tulbure, o insulă de perilobulită, pot face loc unei suprafeţe de opacitate difuză, sau invers.

Forma şi gradul de opacitate vor suferi modificări mai mult sau mai puţin evidente. O suprafaţă pomelată va fi înlocuită printr'o imagine în „cuib de albine" sau în „miez de pâine". O suprafaţă de opacitate mai mult sau mai puţin omogenă se va adânci şi va da loc unei imagini inelare; şi într'un caz şi în celălalt concluzia va fi că lesiunea a progresat şi evoluat spre ulceraţie.

Contururile imaginilor focale variază cu starea evolutivă a lesiunilor. Un nodul cu contururile destul de nete care devine „pomelat" iar marginile neclare, evocă ideea unei extensiuni pe loc, ca o pată de grăsime. Acelaş lucru se poate spune de un nodul rotund care devine mai larg şi ia un contur policiclic. Totuşi se va ţine seama

de reacţiunile congestive şi inflamatorii, mai mult sau mai puţin efemere, cari pot momentan să estompeze contururile unui focar nodular, fără ca acesta să fie, în realitate, modificat. Această consideraţie joacă un rol important în interpretarea „nettoyge-lor" radiologice.

Deci, nu numai pe un singur caracter al imaginilor radiologice trebue să ne bazăm pentru a aprecia modificările evolutive, ci pe ansamblul caracterelor de: număr, sediu, formă, grad de opacitate, contur.

In toate cazurile însă, clinica este aceea care dă aspectului radiologic, significaţia sa reală.

C. EXAMENELE DE LABORATOR.

Activitatea unei lesiuni pulmonare trebue să fie tranşată de către clinică prin auscultaţie, studiul semnelor generale, subiective şi funcţionale precum şi radiologie.

Numai în cazurile când clinica rămâne ezitantă, numai atunci laboratorul poate să aducă un ajutor real. Prin ce procedee? Prin examenul sputei, cuti-reacţia lui von Pirquet, formula hemo-leucocitară, sero-diagnosticul lui P. Courmont, măsurarea Co^2 alveolar metabolismul bazal, deviaţia complimentului, reacţia lui Vernes, viteza de sedimentare a globulelor roşii.

EXAMENUL SPUTEI:

Constatarea unei baciloscopii negative verificată prin examene repetate şi prin procedeele biologice, nu denotă că lesiunea este inactivă. Tot astfel, prezenţa bacilului Koch nu este indispensabilă. Constatarea acestui bacil înseamnă numai că tuberculoza este deschisă, dar nu implică în mod necesar, că ea este în stare de activitate evolutivă; ca dovadă avem formele cavitare stagnante.

S'a încercat să se scoată o valoare de activitate din mărirea şi din forma bacililor. Este aproape clasic de a admite că bacilul *scurt* are o reputaţie rea, deoarece el se găseşte mai ales în formele caseoase. Bacilii *granuloşi* ar fi de un pronostic mai favorabil. Bacilul *omogen* se întâlneşte în formele cu evoluţie foarte rapidă. Noi acceptăm în mod provizoriu aceste date, admiţând totuşi că există şi excepţii.

Examenul citologic al sputei — afară de cazuri excepţionale — nu ne informează asupra activităţii lesiunilor pulmonare. O lesiune activă şi mult baciliferă poate să nu fie evolutivă şi nici infectantă, după cum o lesiune pauci-bacilară poate să fie foarte infectantă.

Frecvenţa şi aspectul fibrelor elastice poate să ne dea indicaţii asupra caracterului evolutiv al unei lesiuni active.

Albumino şi thirozino-reacţia pot să aducă uneori preciziuni confirmative.

CUTI-REACŢIA LUI VON PIRQUET:

Printre mijloacele cari permit de a evalua într'o oarecare măsură *gradul de activitate al lesiunilor tuberculoase latente*, studiul reacţiunilor la tuberculină este deosebit de util, după cum a arătat

şi Kuss: cuti-reacţia poate fi făcută într'una sau mai multe şedinţe şi consistă, de exemplu, în a injecta pe cale intra-cutanată, 3 doze de tuberculină, adică 1/1000 dintr'un miligram, 1/250 şi 1/33 dintr'un miligram. Reacţiunile cutanate cari se observă şi reacţiunile de temperatură ce se pot provoca, dau date de o mare utilitate.

FORMULA HEMO-LEUCOCITARĂ:

Unii autori acordă oarecare valoare examenului formulei sanguine, iar Jacques Stéphani acordă studiului globulelor albe (formula lui Arneth) o importanţă primordială pentru aprecierea rezistenţei organismului faţă de tuberculoza pulmonară.

Dacă polinuclearele cu 1 şi 2 nuclei se măresc — formula spre stânga — pronosticul este defavorabil; pronosticul se ameliorează dacă polinuclearele cu 4 şi 5 nuclei devin mai numeroaşe — formula spre dreapta.

SERO-DIAGNOSTICUL LUI S. ARLOING ŞI P. COURMONT:

Reacţiile serologice sunt dominate de noţiunea de echilibru şi de desechilibru proteinic al serului.

Dozajul comparat al diverselor albumine ale serului este susceptibil de a traduce cu fidelitate, activitatea lesiunei, evolutivitatea sa anatomică şi intensitatea reacţiei de apărare humorală a organismului.

MĂSURAREA CO^2 ALVEOLAR:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Olivier şi A. Sliosberg reamintesc că toate constituantele sângelui sunt solidare unele cu altele şi ajung la formarea unui complex fizico-chimic, după care se pot construi diagramele ce-l definesc.

Printre aceste variabile, ei compară tensiunea în CO^2 al sângelui arterial obţinut prin analiza CO^2 alveolar, proteinemia şi raportul $\frac{\text{Cl globular}}{\text{Cl plasmatic}}$. Ei arată că aceşti 3 factori variază în mod paralel, dar că între ei există o ierarhie; ei dau precăderea CO^2 alveolar care se scoboară proporţional cu intensitatea procesului tuberculos.

Ei mai verifică că aceste variaţiuni de elemente diferite, răspund la o adaptare necesară conservării echilibrului fizico-chimic al serului — explicându-le ca şi turburările vitezei de sedimentare a hematiilor — a cărui cauză primară este perturbarea adusă în funcţiunea hemo-respiratorie.

METABOLISMUL BAZAL:

Decalcificarea, rămâne mult timp independentă de activitatea lesiunilor tuberculoase pulmonare.

Studiul echilibrului acido-bază nu dă date practice utilizabile asupra activităţii lesiunilor.

Măsurarea metabolismului bazal poate să dea indicaţii utile: metabolismul bazal este mărit în formele evolutive.

Procentul colesterinemiei nu dă nici o indicaţie asupra activităţii lesiunilor tuberculoase.

REACŢIA LUI VERNES:

Curbele floculometrice permit de a urmări evoluţia maladiei. Printre acestea, reacţia lui Vernes ocupă un loc aparte. Astfel Tilmant consideră floculaţia serurilor tuberculoase la resorcină, după metoda lui Arthur Vernes, ca „adevăratul termometru al evoluţiei tuberculoase". Lucrările şi bolnavii urmăriţi timp de mai mulţi ani l'au confirmat în această credinţă. Sero-floculaţia ar fi, după acest autor, cea mai bună probă întrebuinţată actualmente pentru aprecierea evolutivităţii lesiunilor de tuberculoză pulmonară.

Nu aceasta este însă şi părerea lui Leon Bernard şi a colaboratorilor săi:

1) reacţia lui Vernes nu este nici constantă şi nici specifică şi deci nu poate fi considerată decât ca un element de diagnostic cu totul accesoriu;

2) rezultatele ce le dă, nu permit în nici un caz de a face vre-un pronostic oarecare, chiar la scurtă distanţă.

Această părere pare să rezume foarte bine opinia actuală a ftiziologilor faţă de reacţia lui Vernes.

VITEZA DE SEDIMENTARE A GLOBULELOR ROŞII (Westergreen).

Este socotită astăzi, ca fiind într'adevăr, ce-l mai bun sprijin pe care laboratorul poate să-l dea medicului.

Principiul sediometriei consistă în a căuta rapiditatea cu care globulele roşii se sedimentează, fiind socotit că pronosticul este cu atât mai grav cu cât sedimentarea este mai rapidă.

Normal, sedimentarea este lentă şi nu depăşeşte 7—8% la bărbat şi 9—10% la femee. Dela 10—12%, sedimentarea este considerată ca anormală şi fără a indica încă un pronostic rău, invită totuşi medicul de a recomanda bolnavului său odihnă şi prudenţă. Dela 15—20% se poate afirma o tendinţă evolutivă probabilă, iar în caz de 30—60%, avem deaface cu bolnavi prezentând lesiuni ulceroase cu extensie rapidă.

Natural însă, că nici sedimentarea nu are o valoare absolută prin ea însăşi, dar constitue în orice caz, un element important de apreciere care poate fi adăugat celorlalte furnizate de către clinică, radiologie şi bacteriologie.

In rezumat: practicianul îşi va reaminti că nu există nici un semn patognomonic izolat de lesiune în activitate, oricare ar fi acel semn şi că prin urmare, noţiunea de activitate a unei lesiuni pulmonare nu poate să fie decât concluzia unui ansamblu furnizat de către toate metodele de examen: anamneză, semne generale, semne subiective, semne funcţionale, semne fizice, semne radiologice, examene de laborator culese în serie, apropiate şi comparate unele cu altele pentru a poseda un fascicol de argumente care — numai el — poate să permită de a afirma activitatea unei lesiuni pulmonare tuberculoase.

L'ANGIOTONIE, ENTITÉ CLINIQUE

par

C. DOLJAN

L'angiotonie est une entité clinique; l'artériosclérose n'est qu'une séquelle, une dégénération qui clôt l'angiotonie.

Ces affirmations sont prouvées par les constatations anathomo-pathologiques, cliniques et surtout par les resultats diéthétiques et térapeuthiques qui sont susceptibles de supprimer, pour un certain temps, les conditions anormales qui engendrent l'angiotonie et l'entretiennent.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Evoluant vers l'artériosclérose, les vaisseaux sanguins passent en *intervalle de quelques années* par une gamme d'états intermédiaires, de l'état histologique normal à l'état fibreux. Le spasme artériocapillaire et le tissu scléreux sont les éléments fondamentaux de cette gamme. On les rencontre soit indépendants soit combinés dans des proportions bien différentes.

Tout au début le spasme vasculaire est exclusif, accompagné bien entendu par son expression sphygmomanométrique: l'hypertension artérielle. L'intégrité histologique des canaux sanguins est alors absolue, *l'hypertension est solitaire.* Ce n'est que plus tard que le tissu fibreux se développe à titre de conséquence inévitable dérivant des lois physiques. Et à mesure qu'à la longue ce tissu envahit la structure des vaisseaux, l'élément spasme diminue jusqu'à ce qu'en fin de compte le calibre vasculaire n'est rétréci qu'exclusivement par la sclérose.

Il y a donc une longue phase d'angiotonie pure. Envisagée comme entité clinique (avec son étiologie, son anatomie pathologique et son aspect clinique), engendrant l'artériosclérose mais indépendante d'elle et susceptible d'être réduite, elle ouvrirait un horizon nouveau à l'étude anatomopathologique de cet état de dégénération, et donnerait des moyens de traitement curatif de l'une et retardateur de l'autre.

La dénomination *d'angiotonie* ma parait préférable à celle de *ma-*

ladie hypertensive (hypertension artérielle à type diathésique), aucune lésion histologique n'obscurcissant encore l'état vasculaire.

Plusieurs ordres de considérations plaident pour l'individualisation de cet état.

I. *Considérations d'ordre anatomo-physiologique.*

Outre leur endothélium, les canaux sanguins sont composés de fibres musculaires lisses et de tissu élastique combinés en proportions différentes d'un segment à l'autre d'un même vaisseau. La musculature vasculaire est disposée en anneaux et tend à se différencier, vers la périphérie, en couche spéciale contractile. L'adventice est formée presque exclusivement du tissu conjonctif et s'amincit progressivement, de sorte que au niveau des gros capillaires elle n'est plus qu'une membrane fibreuse extrêmement ténue.

Certaines adaptations sont nécessaires. Tel les artères pulmonaires dont la tunique moyenne est réduite et l'adventice très amincie afin de permettre une basse tension circulatoire adéquate aux variations de longueur et de calibre imposées par le jeu des poumons dans les deux actes respiratoires. Tel encore les artères cérébrales, dont la tunique musculaire est au contraire forte et l'intima très élastique (deux conditions essentielles à la régulation de la pression à leur intèrieur); et en même temps l'adventice assez délicate, pour mettre les cellules voisines à l'abri des à-coups éventuels.

Perméabilité, élasticité, résistance et contractilité, telles sont les propriétés fondamentales des vaisseaux sanguins légués par cette morphologie. Elles régissent la physiologie et la pathologie circulatoire. Nous devons souligner dès le début l'autonomie contractile des artérioles ainsi que la tendance générale du tissu conjonctif à revêtir les vaisseaux. En effet, tandis que durant la vie embryonnaire ceux-ci ne sont formés que d'une couche d'endothélium, à mesure que la vie avance le tissu conjonctif les entoure progressivement pour les transformer finalement en artères proprement dites. La *conjonctivation* des voies sanguines apparait donc comme un processus naturel. Mais est-ce là qu'il s'arrête? Nous le verrons bientôt.

Dubreuil et ses élèves ont établi les propriétés mécaniques des tissus participant à la morphologie des vaisseaux: extensibilité et rétractilité du tissu conjonctif proprement dit; inextensibilité du tissu fibreux; tonicité et contractilité du tissu musculaire. De fait, ce qui caractérise à ce point de vue les rameaux artériels, c'est la contractilité pour les plus fins et l'élasticité pour les plus gros; la contractilité et l'élasticité réunies pour les segments intermédiaires.

L'anatomie et la physiologie des vaisseaux nous montrent par conséquent les changements du calibre dans leur finalité conceptionnelle. Et je rappelle l'existence de cet appareil régulateur appartenant à la fois au système végétatif et à l'endocrinien qui, régissant cette finalité, engendre d'incessantes variations du débit sanguin dans l'unité de temps.

Les ions, l'oxygène et l'acide carbonique imprégnant les humeurs, tels sont les éléments dont il se sert à cet effet. C'est grâce à lui que toutes les variations circulatoires imposées en plus ou en moins par le fonctionnement des organes s'accomplissent normalement sans trouble fonctionnel ni manifestation morbide, qu'évite sans faute l'adaptation physiologique des vaisseaux.

Pourtant la contractilité — *fait physiologique* — se relie à la spasmodicité — *fait pathologique.* A partir d'un certain âge, les vaisseaux sont sujets à de nombreuses contractures causées par les modifications produites dans leur appareil régulateur sous l'influence des troubles apportés par le nombre des années.

Les contractures vasculaires ne sauraient être l'apanage de cet âge. On les rencontre à toute époque de la vie. La paleur du visage et des téguments causée chez les jeunes par certains états psychiques leurs est dûe. Mais les artères jeunes sont assez souples pour recouvrer peu après leur état normal. Il en est tout autrement plus tard. Au delà de la cinquantaine particulièrement tous les changements du calibre artériel sont en même temps constatés objectivement et ressentis subjectivement, pour deux raisons: 1) parceque l'élasticité diminuée retarde le retour du vaisseau à son calibre normal; 2) parceque la répétation et la persistance des contractures se répercutent violemment sur la structure et la physiologie des cellules et des organes.

L'amoindrissement du débit sanguin causé par le rétrécissement vasculaire détermine d'importantes modifications histophysiologiques des éléments cellulaires, lesquelles retentissent puissamment sur l'état général. La valeur du retentissement général dépend à la fois de la façon dont s'accomplissent pendant les phénomènes de nutrition ainsi que de la faculté qu'ont les cellules à se refaire ensuite.

Le trouble n'est que fonctionnel au début. Et ce caractère anorganique, superficiel et partant sans importance *actuelle* dure assez longtemps. Mais à la longue la prolongation et la répétition de ces faits amènent l'altération histologique des cellules dont la réfection n'est plus intégrale pour les deux raisons suivantes: a) la diminution de la perméabilité capillaire; b) le ralentissement circulatoire. L'augmentation de la vitesse de circulation (inversement proportionnelle au carré de la section conformément aux lois d'hydrodynamique) défend l'organisme contre ces causes gênantes. Mais cette réaction n'arrive qu'à atténuer très légèrement leurs effets facheux. Le défaut nutritif des cellules augmente. Les éléments histologiques des vaisseaux (vasa vasorun) sont les premiers corrompus et ensuite ruinés.

Puisque les fibres musculaires sont dans les parois artérielles le siège de leur tonicité et de leur contractilité, le rétrécissement des vaisseaux doit être proportionnel à leur richesse en ces éléments. Les arborisations fines en sont les plus pourvues. C'est pourquoi ce sont elles qui arrivent le plus facilement à l'état de spasme. Et parcequ'elles

sont extrêmement développées et leur capacité globale immense, l'angiospasme périphérique, faisant varier le rapport qui existe entre la capacité vasculaire totale et la masse du sang, élève la tension artérielle.

Chacun sait que l'écoulement d'un liquide en tube élastique est absolument égal à son écoulement en tube rigide, à condition que le courant soit continu. Il en est autrement lorsqu'il est intermittent (cas du sang) comme l'ont prouvé les expériences classiques de *Marey*. En effet, les tubes élastiques transforment l'écoulement intermittent en continu. Or, les liquides, étant incompressibles, présupposant l'absurdité, que l'arbre vasculaire serait entièrement rigide, l'écoulement du sang serait intermittent en même temps que le coeur arriverait à pousser *en bloc* à chaque systole la masse du sang. Il y a là, sans donte, une impossibilité.

Cependant l'angiotonie rend presque rigides de nombreux rameaux artériocapillaires. Durant la contracture, leur élasticité est abolie et par conséquent la circulation à leur intérieur se rapproche de celle dans les tubes rigides : le courant perd partiellement sa continuité. C'est pour cette raison que la quantité du sang compris circule dans les segments angiotonisés par déplacement systolique. Un accroissement important du travail de cœur est nécessaire à cet effet. Afin d'y pourvoir, le ventricule gauche arrive à s'hypertrophier.

Envisagé comme fait isolé, la contracture est en général transitoire. Le rétrécissement cède bientôt et le vaisseau revient à son calibre normal, l'hypertension et tous les phénomènes subséquents disparaissent. Mais sa cause se répète et en conséquence reparaît le spasme et tout son cortège. Deux sont les causes susceptibles d'augmenter son intensité.

Digitized by Harvard University, Ernst Mayr Library of the Museum of Comparative Zoology

1) La pression intérieure n'étant supportée presque exclusivement que par la couche musculaire *(Fleisch)* et très peu par les couches élastique et conjonctive, la répétition des contractures et partant de l'hypertension provoque l'hyperplasie des fibres musculaires dans les artérioles qui deviennent en conséquence plus spasmodiques.

2) Les hématies ont un diamètre sensiblement égal au calibre des capilaires *(Ranvier, Pfahl, Wearn)* qu'elles ne peuvent franchir, même à l'état normal, qu'au prix d'une déformation. Une friction puissante de l'endothélium en résulte. Elle est proportionnelle à la vitesse d'écoulement, laquelle est très augmentée dans les petits canaux (inversement proportionnelle au carré de la section). L'angiotonie augmente cette friction qui est d'autant plus forte que le spasme vasculaire est plus puissant (donc le calibre plus rétréci) et plus persistant (rétrécissement prolongé); que les hématies sont plus nombreuses (pléthore) et que le sang est plus visqueux (glycémie, cholestérinémie, protéinémie). Et remarquons l'effet de la friction intérieure sur la répétition des contractures.

Une conséquence immédiate en découle. La pression artérielle s'élève car l'extensibilité, qui pourrait l'éviter en élargissant les vaisseaux,

fait totalement défaut en raison de l'absence du tissu élastique au niveau des capillaires et des artérioles.

Ce qui caractérise l'hypertension solitaire c'est le défaut absolu de toute lésion de n'importe quelle couche vasculaire. L'indemnité histologique des voies sanguines a été vérifiée chez tous les hypertendus ayant succombé à l'hémorrhagie cérébrale, à l'insuffisance du ventricule gauche ou à des infections intercurrentes. Ce n'est que plus tard que l'on a pu constater ça et là des commencements discrets de sclérose qui s'étendent au fur et à mesure envahissant progressivement le tissu conjonctif voisin et les parenchymes. De sorte que dans l'évolution du processus anatomopathologique de cette affection, nous pourrions admettre la succession schématique suivante: angiotonie pure, capillarite, panvascularite, périvascularite, polyviscérite.

Voila pourquoi, indépendamment de son étiologie (syphilis, saturnisme, tabagisme, diabète, goutte, troubles humoraux et glandulaires — et nous ignorons s'il y a là un effet simple ou, comme il est extrêmement vraisemblable, un effet multiple résultant de la sommation de plusieurs d'entre ces causes allant de pair avec les viciations humorales qu'elles engendrent), et à condition que ses causes soient suffisamment prolongées, dans l'histoire clinique de cette affection il convient de trancher deux grandes périodes: la première, longtemps exempte de toute lésion vasculaire — *l'angiotonie* proprement dite; la seconde, consécutive à l'autre, où les lésions se développent progressivement — *l'artériosclérose.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II. *Considérations d'ordre étiologique et pathogénique.*

Les auteurs sont d'accord que, indépendante des lésions rénales, l'hypertension artérielle est dans ses premières phases une affection vasculaire (et nous devons ajouter en soulignant: à début fonctionnel et humoral) évoluant ensuite vers la sclérose vasculaire premièrement, et polyviscérale secondairement. Une même cause relie entre elles ces deux genres de lésions. Nous avons donc affaire à une affection progressive, au point de départ artériocapillaire mais envahissant tous les organes particulierèment à leur niveau vasculaire. Fonctionnelle au commencement, elle devient organique vers la fin.

J'ai plus haut brièvement rappelé les causes semblant déterminer l'artériosclérose. Cependant jusqu'à l'heure actuelle on n'a pas encore fait, excepté pour la syphilis, la preuve de leur pouvoir directement sclérogène. En revanche, la pathologie nous enseigne que le tissu fibreux est une conséquence de l'inflammation primitivement chronique et partant de l'irritation lente des endothéliums. Si maintenant nous rapprochons les scléroses déterminées expérimentalement au moyen soit de l'adrénaline *(Josué, Loeper, Josserand, Rezentkowski, Roger et Gouget, Baylac, Albarède, Pic et Bonnamour, Fischer, Lissauer, Hedinger, Loeb et Githens, Trachtenberg, Braun, Marini, Boveri, Papadia, Tarantini, Baduel, Pearce et Btainton)*, soit de la pirocatéchine *(Gouget,*

Starli), du digalène, de l'ergotine ou de la théocine *(Fischer, Starli)*, nous sommes conduits à admettre qu'un même mécanisme existe à la base de toutes ces causes apparemment disparates. Lequel est-ce?

Les scléroses expérimentales provoquées par la compression d'une artère quelconque *(Carrel et Guthrie)* ou de l'aorte *(Roy et Adamy)* nous l'indiquent nettement. Par ailleurs la physique établit que la friction exercée par un liquide circulant à l'intérieur d'un tube est en rapport avec la pression et la densité du liquide, et le calibre du tube. Or, ce sont précisément ces conditions qui se réalisent tant dans les expériences que nous venons de rappeler, que dans l'angiotonie, qu'elle soit liée au tabagisme, à l'alcoolisme, au saturnisme, aux vices endocriniens, au diabète ou à la goutte: spasme vasculaire, friction puissante et irritation de l'endothélium et inflammation primitivement chronique.

Remarquons que déjà *Potain* l'admettait à son époque si lointaine de nous: „l'artériosclérose n'est pas la cause, mais l'effet de l'hypertension".

On a voulu attribuer l'élévation de la pression (fait secondaire) à la sclérose artériocapillaire (fait primaire) qui l'engendrerait par l'élévation de la résistance périphérique. Cette hypothèse est renversée par un fait dûment établi: l'hypertension solitaire s'observe à une époque où la sclérose n'existe pas encore.

D'autres l'ont attribuée à la sclérose rénale, qui serait sa cause initiale par l'intermédiaire des barrages périphériques qu'elle crée. Personne ne saurait contester l'hypertension provoquée par elle. Les néphrites hypertensives sont bien connues. Mais ce n'est pas d'elles qu'il s'agit. Cette discussion est limitée à cette affection vasculaire qui débute avec l'angiospasme et l'hypertension, sans aucune lésion rénale, pour aboutir à la sclérose de tous les viscères, les reins compris. Son origine rénale est éliminée par le niveau extrêmement mobile de la pression qui maintes fois tombe spontanément pour quelques jours ou quelques semaines, et remonte ensuite pour quelques autres, et ainsi de suite longtemps avant qu'elle puisse arriver à la stabilité.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La vérification clinique ne fait pas défaut; tout se réduit, en effet, à l'hypertension artérielle. L'albuminurie, l'azotémie, le retard des éliminations provoquées, etc., n'apparaissent que très tard *(Vaquez et Cottet, Merklen)*, après une longue période *d'hypertension solitaire* et à titre de complications. On peut en dire autant des éliminations naturelles. La nicturie apparait généralement à une phase avancée.

L'apparition tardive de ces troubles fonctionnels, rapprochée de la façon normale dont les reins font longtemps leur devoir, rend indéniable l'indemnité prolongée de ces organes, laquelle fut par ailleurs confirmée par *Oberling et Hickel*, Soc. Anat. de Strasbourg, 13 Dec. 1923; par *Pellissier*, th. de Paris 1927; par *A. Dumas, Levet et Lyonnet*, Lyon Méd. 1928; par *A. Dumas*, Soc. Méd. Hôp. Paris 1929, à l'autopsie de certains hypertendus.

Les lésions véritables des reins sont encore plus tardives. Leur point de départ est dans les vaisseaux du parenchyme d'où elles tendent à l'envahir. C'est pourquoi elles gardent tout le temps le type vasculaire: soit l'hyperplasie de la couche musculoélastique, qui indique une phase prolongée de contracture; soit l'hyalinisation des vaisseaux glomérulaires. A noter la tendance oblitérante de ces vaisseaux sans arriver à des réactions inflammatoires autour d'eux. Finalement le rein vasculaire est constitué.

Certaines objections à prévenir: on a trouvé des rameaux béants à la phase ultime de la sclérose rénale. Cet élargissement du calibre vasculaire est réel. Il est dû, de même que dans tout processus cicatriciel, à la rétraction exercée sur la paroi du vaisseau par le tissu conjonctif.

Avec *Gull et Sutton, Huchard, Pal*, nous devons prendre en considération le lien de causalité qui existe entre l'angiotonie, l'hypertension et la fibrose. Le resserrement peut atteindre isolément les capillaires à l'exclusion des artérioles et des artères; ou bien d'une façon concomitante aussi les unes que les autres. Il convient de remarquer que la contracture des premières est beaucoup plus durable.

Si nous laissons de coté l'hypertension symptomatique des lésions rénales pour nous borner exclusivement à l'hypertension solitaire, nous nous rendons compte que les pathogénies surrénale, humorale, toxique, vasculaire ou endocrinosympatique, ne sont en réalité que des aspects distincts d'un même processus fondamental: l'angio spasme qui tout en ayant des points de départ différents, est toutefois relié à un même mécanisme — la perte d'équilibre glandulaire.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

A quoi est-elle dûe?

L'établissement définitif de la tension sanguine normale à l'époque de la puberté, rapproché de l'hypertension survenant presque de règle à l'époque opposée où déclinent les fonctions glandulaires et particulièrement les glandes de la sphère génitale, nous conduit au rapport de causalité qui relie leur carence à l'élévation de la pression par l'intermédiaire des variations du tonus végétatifs. Des travaux plus ou moins récents tendent à prouver ce rapport.

La durée bien longue de l'hypertension solitaire empêche *A. Dumas* (Nouv. Tr. de Méd. f. x t. III p. 251) de faire la liaison entre elle et la suractivité du sympathique. C'est à tort, il me semble. Si, en effet, nous admettons que le tonus végétatif est influencé en plus ou en moins par les variations des fonctions glandulaires, nous devons admettre également qu'à l'époque où commence à se perdre l'équilibre endocrinien en raison de l'insuffisance des hormones vasodilatarices (v. Rev. française d'Endocrinologie Juin 1933) le groupe antagoniste prend le dessus et la sympathicotonie s'établit d'une façon quasi-permanente. Par conséquent, conclure à l'excès surrénal absolu à la base de l'angiotonie, c'est conclure également à l'excès surrénal relatif.

Cependant dans la genèse de l'affection nous devons attribuer un rôle non moins important à l'excès fonctionnel du lobe postérieur de l'hypophise, dont la sécrétion a sur la musculature lisse en général et sur l'appareil cardiovasculaire en particulier une influence évidente tout-à-fait comparable à celle de l'adrénaline *(Froment Parisot et Richard).* Très vraisemblablement une synergie fonctionnelle.

III. *Considérations d'ordre clinique.*

Chacun sait que le tableau clinique de l'angiotonie dérive de la trilogie: spasme vasculaire, ischémie, hypertension, lesquelles sont susceptibles d'expliquer certaines associations paradoxales, tel l'anémie cérébrale (vertige) et la pléthore (céphalée). Il y a pléthore prouvée par la congestion cérébrale éventuelle; mais en même temps il y a anémie des éléments cellulaires, expliquée par la diosmose défectueuse.

L'hypertension artérielle. L'élévation de la pression est discontinue durant les premières années, mais à la longue elle arrive à être ininterrompue. Très modérée au début: mx 15—17, mn 9—10, elle est parsemée de nombreux paroxysmes survenant irrégulièrement et sans cause appréciable. Elle monte alors pour quelque temps à 20, 22, et plus (mn 11—12, pour retomber ensuite à son niveau initial ou à peu près.

Ces incidents ayant un côté physiologique (car ils tiennent à la physiologie des vaisseaux normaux) et un côté pathologique (car ils conduisent à des états morbides et des lésions irrémédiables) se répètent d'une façon plus ou moins durable pendant des années. Répétition, fréquence, intensité et persistance dépendent de certains coefficients individuels reliés à des facteurs endo-et exogènes sur lesquels je passe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L'hypertension artérielle est la manifestation d'une affection qui, on le reconnait en général, débute au niveau des artérioles et des capillaires, autrement dit dans les rameaux vasculaires périphériques lesquels sont beaucoup plus contractiles que les autres en raison soit de leur richesse en fibres musculaires, soit de leur nature (endothélium des capillaires). On l'attribue à tort aux besoins locaux imposés par l'augmentation de la pression dans les espaces intercellulaires où les échanges osmotiques seraient gênées sans elle.

La pression sanguine ne monte jamais brusquement du registre inférieur normal au registre supérieur anormal. Les nerfs vasosensibles *(Cyon, Hering)* s'y opposeraient. Par une action qui ne leur est permise qu'à des hypertensions modérées et au moyen d'une vasodilatation abdominale réflexe, ils réussissent généralement à atténuer l'effet du rétrécissement artériocapillaire occasionnel. Mais, leur action étant annihilée par les fortes hypertensions, ils perdent leur influence avec le progrès de l'angiotonie: la minima commence à augmenter: 8-9-10.

Une concordance doit normalement exister entre les deux chiffres de la tension. Dans l'angiotonie elle fait souvent défaut. Deux types sont à considérer: des coeurs puissants où la concordance est parfaite

dès le début: des coeurs paresseux où elle ne s'établit presque jamais, ou bien ne s'établit que tardivement à la suite d'une longue phase d'entrainement durant laquelle pour une minima de 9—10 la maxima ne dépasse guère 13—14.

Avant d'arriver à son niveau supérieur et définitif, on observe dans l'évolution de l'hypertension une longue période d' *„incoordination tensionnelle"*. Pendant des mois et des années, tantôt elle augmente et tántôt elle diminue, faisant d'un côté et d'autre d'une ligne ascendante comprise entre 12—24, des oscillations parfois importantes à un registre de plus en plus supérieur. Les chiffres de la tension maxima mesurée chaque jour et inscrits dans un diagramme montreraient d'une façon saisissante son évolution en ligne brisée. Les angles supérieurs de cette ligne représenteraient les paroxysmes de la tension pendant les contractures vasculaires; et les inférieurs, leur détente et sa revenue *vers* la normale.

Avec le progrès de l'affection les oscillations qui sont de plus en plus petites se produisent à un registre de plus en plus élevé; les paroxysmes durent davantage el la rétrocession est plus incomplète et plus passagère. Une fois la sclérose bien diffusée en surface et profondeur, le calibre vasculaire est définitivement rétréci et la maxima s'arrête à environ 24—25.

Quoiqu'elle puisse rester de longues années à ce niveau, elle ne s'y fixe pas définitivement. L'épuisement du myocarde, dû à sa nutrition défectueuse ainsi qu'aux efforts prolongés et répétés qu'exige de sa part le nouveau régime circulatoire, lesquels sont par ailleurs la condition *sine qua non* pour qu'il réussisse à vaincre les obstacles qu' rencontre, arrive aux environs de la cahexie cardiaque à baisser le niveau de la pression à 20, 19, 18. Cependant la minima reste encore élevée, de sorte que pour une minima de 13—14 la maxima ne dépasse pas 18-20.

Il en résulte que dans l'évolution de l'hypertension angiotonique nous devons distinguer les trois périodes suivantes: d'ascension, d'état et de rétrocession unilatérale (précachectique).

Toutes ces variations constituent autant de nouvelles conditions du régime circulatoire et partant du régime de nutrition et d'évacuation des déchets cellulaires. La vie des petits éléments biologiques dépendent exclusivement des phénomènes diosmotiques ayant lieu dans leur milieu ambiant, la perméabilité des capillaires étant la condition essentielle des échanges entre le sang et les tissus. Ceux-ci sont mis en ordre par: a) l'état de la membrane formant le capillaire; b) l'état du sérum sanguin, savoir sa richesse en cristaloïdes et en colloïdes; c) le niveau sensiblement constant et le plus près de la normale de la pression artérielle. L'état d'équilibre entre le milieu sanguin et le milieu interstitiel d'un côté, et entre celui-ci et la composition cellulaire d'un autre (*milieu tensionnel du Prof. Bard)* est indispensable à ces échanges et partant à la biologie cellulaire. Dès lors nous sommes obligés

à admettre que l'hypertension, augmentant d'une manière inévitable la tension dans le liquide interstitiel, doit troubler proportionnellement le fonctionnement des cellules et des organes. Tous ces troubles ne sont encore que fonctionnels. Mais en raison de l'extrême ténuité des artérioles et des capillaires, même une sclérose débutante peut influencer fortement les échanges diosmotiques.

Nous passerons en revue très brièvement, les modifications subies par quelques uns des principaux organes sous l'influence des variations imposées par l'hypertension de l'angiotonie à leurs régimes circulatoire et nutritif.

Coeur. Les extrasystoles, l'érethisme cardiaque, les sensations douloureuses (sans arriver à l'angine proprement dite), la diminution du dynamisme myocardique traduisent ses troubles.

Poumons. Le passage des gaz d'un milieu à un autre est réglé par la différence de valeur des tensions de ces gaz dans les deux milieux. Sa direction est de celui à forte tension vers l'autre. L'acide carbonique passe normalement du plasma interstitiel qui en est surchargé vers les hématies qui en sont dépourvues. Chez les hypertendus qui seraient déjà arrivés à l'époque ou un nombre de leurs hématies sont unies d'une façon *stable* à un nombre égal de mollécules d'acide carbonique, la tension carbogazeuse de leurs globules rouges, tout en étant plus forte que la normale, est cependant plus faible que la tension carbogazeuse du plasma interstitiel. Bien qu'elle soit ainsi, la différence de valeur existant entre les deux milieux permet le passage du gaz des interstices cellulaires vers le sang. Mais ce passage ne saurait être qu'incomplet.

Ce qui se passe dans le milieu cellulaire se passe également, en sens inverse, au niveau de l'épithélium alvéolaire. La différence qui existe entre la tension carbogazeuse du sang et la pression atmosphérique (intraalvéolaire) régit l'hématose. Or, la pression osmotique est de règle augmentée dans l'hypertension. Et remarquons que l'air alvéolaire contient d'autant plus d'acide carbonique que les respirations sont plus superficielles (comme chez les hypertendus). Dans ces conditions l'élimination carbogazeuse par les poumons est insuffisante.

Une stase progressive du gaz en résulte dans le milieu intérieur. Elle détermine au niveau des éléments cellulaires : a) la multiplication compensatrice des globules rouges ; b) l'insuffisance des oxydations ; c) la surcharge carbogazeuse des tissus et l'acidose ; d) la surcharge des hématies en chlorures. Cyanose, dyspnée, asthénie, tels sont leur expression clinique.

Nous devons faire, dans un même ordre d'idées, une brève mention de certaines déformations du métabolisme, lesquelles sont d'autant plus considérables que le progrès des lésions l'aurait influencé davantage. Si l'hématose insuffisante conduit à l'acidose ; si l'acidose chasse les ions chlore et sodium *(Blum, Vancaulaert)* et concourt de cette

manière à la dechloruration de l'organisme d'autant plus facilement que l'on soumet sans discernement les hypertendus à la diète dechlorurée, ce qui amène la spoliation compensatrice du chlore enlevé au sang par les tissus (chloropénie dans le sang et chloropexie dans les tissus); si l'état d'équilibre est nécessaire entre l'azote et les chlorures, l'un augmentant à mesure que l'autre diminue, nous sommes forcés d'admettre l'azotémie des hypertendus longtemps avant que leurs reins ne soient arrivés à l'état d'insuffisance, Une azotémie simple, bien entendu, par troubles humoraux.

L'encéphale. Le type terminal des artérioles cérébrales leur défend toute suppléance en cas d'ischémie. C'est pourqoui les symptômes cérébraux de l'angiotonie sont précoces, fréquentes et considérables. Qu'il s'agisse *d'éclipses cérébrales* (*Donzelot*) avec ou sans troubles visuels; d'affaiblissement ou perte transitoire ou définitive de la mémoire; de vertiges; de troubles d'articulation associés ou non aux crampes des membres; d'hémiplégie ou monoplégie passagère; d'affaiblissement mental ou modifications du caractère, il n'y a là que l'expression des vices d'irrigation des centres moteurs ou psychiques.

Reins. Remarquons non seulement l'influence du rein insuffisant sur la tension artérielle qu'il élève, mais aussi celle de l'hypertension essentielle sur le rein sain qu'elle rend insuffisant et puis malade, au moyen des deux mécanisme suivants:

a) Malgré l'accélération circulatoire à l'intérieur des reins, due à l'accroissement légal de la vitesse dans les artères glomérulaires conttracturées, afin d'obtenir le volume sanguin normal dans l'unité de emps et de surface, la physiologie de l'épithélium rénal est cependant viciée, son fonctionnement se fondant désormais sur des conditions osmotiques qui sont autres.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

b) L'activité du glomérule dtminue encore à cause de sa nutrition viciée. La diurèse est en conséquence amoindrie. On peut en dire autant du foie *(H. Roger, Mac Donald, Ralph Major* admettant le rôle hypotenseur du foie) et du pancréas.

Or, l'insuffisance de ces deux organes rend défectueux le métabolisme des protides et change la tension osmotique de toutes les protéines en général, d'où résulte la surcharge du sérum en albumines. *A. Dumas, H. Gardère et Badinant* ont montré (Pr. Méd. 15 Sept. 1930) le rapport qui existe entre l'hypertension et la quantité d'albumine totale du sérum. Les chlorures ayant le pouvoir d'attirer le sérum dans le milieu intérieur (avec ou sans oedèmes) ou par contre de l'en expulser, les reins arrivent à régler l'équilibre tensionnel par l'élimination des sels (chlorures et urée).

Mais il y a plus. Le rein insuffisant retient en circulation des substances extractives plus ou moins nuisibles et en tous cas angiospastiques et hypertensives. Cercle vicieux où tourne l'hypertendu; la pression élevée altère l'activité des reins, et leur insuffisance conséquente l'élève davantage.

Cliniquement, dans l'ordre chronologique suivi par le développement des troubles rénaux dérivant de l'angiotonie ou la compliquant, nous devons retenir la polyurie nocturne, l'augmentation de la constante d'Ambard et l'azotémie, l'albuminurie et beaucoup plus tard les lésions véritables. La polyurie n'est qu'une simple opsiurie (dans le sens de l'opsiurie de Gilbert accompagnant les affections hépatiques). Retard d'élimination qui, rapproché du retard des éliminations provoquées, tout en étant indépendant de la moindre lésion rénale (Vaquez et Cottet, Ann. de Méd. Mars 1914) qui *n'existe pas encore à cette époque*, affirme pourtant le vice fonctionnel de cet émonctoire.

Voilà donc l'hypertension de l'angiotonie agissant en même temps sur les reins pour établir et maintenir le cercle vicieux qui élève la pression du sang, et sur la vitalité de leurs cellules qui dégénèrent bientôt.

Je borne là les déviations physiologiques engendrées par les vices circulatoires et nutritifs de l'angiotonie, quoiqu'elles puissent être poursuivies fructueusement plus loin.

Or, comme nous l'avons vu, en raison des spasmes au début, des spasmes et du grossissement progressif des membranes ensuite, de nouvelles conditions hydrodynamiques et osmotiques régissent dans les systèmes capillaire et capillocellulaire. Le relief du plan clinique est alors formé par les trois ordres de faits suivants :

1. Les lésions vasculaires engendrées par la friction répétée, puis ininterrompue et d'intensité progressive exercée par l'écoulement du sang sur l'endothélium.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. L'hypertrophie progressive du coeur qui, pour assurer la circulation dans des vaisseaux de plus en plus serrés est obligé à vaincre des obstacles d'importance croissante.

3. Les lésions scléreuses des organes et leur état pathologique qui en résulte.

Les recherches de *Tournade* (d'Alger) donnent une base quasi-expérimentale aux observations de *Vaquez* et *d'Aubertin* sur la fréquence de l'hypertrophie surrénale dans l'hypertension artérielle. Elles sont susceptibles de corroborer celles du Prof. *Marcel Labbé*, *Tinel et Doumer*, *Vaquez*, *Donzelot et Géraudel* de surrénalomes accompagnés de crises d'hypertension paroxystique. Mais tous ces faits ne font que rallier le phénomène vasculaire à une cause anatomo-physiologique.

Le début de l'angiotonie est insidieux. Elle apparait clairement comme un fait primitif traduisant une série de spasmes vasculaires généralisés. Transitoires au commencement, ces spasmes deviennent définitifs et sont reliés entre eux par des troubles humoraux déterminés par le défaut d'équilibre endocrinovégétatif. Aucun signe subjectif ne trahit son début qui ne peut être constaté que par la mesure quotidienne de la tension artérielle, car son abaissement au niveau de la normale est d'habitude assuré par cet appareil régulateur formé de la collaboration des systèmes nerveux sympathique et endocrinien, du foie,

du pancréas et de la perméabiiité des capillaires. Des suppléances et des adaptations incessantes permettent au niveau de la tension de rester immobile ou à peu près, même si un ou plusieurs de ces facteurs deviennent insuffisants, à condition seulement que les autres soient à même de remplir la lacune fonctionnelle résultant de la carence des fautifs. Mais le temps vient où les suppléances ne suffisent plus. L'harmonie se trouble. Et même alors tout ce qui peut être appelé symptôme vasculaire, les crampes, la sensation de doigt mort, le claudication intermittente, les crises vasculaires aigues, ne sont que l'expression subjective des contractures capillaires. La coexistence des crises d'angine, particulièrement â une phase avancée (voir les statistiques de *Janeway*, American Med. Assoc. t. LXIII Sess. ann. Sect. de Med. prat. Atlantic City Juin 1912) ne sont le plus souvent que leur confirmation.

Son évolution est extrêmement lente,

IV. *Considérations d'ordre thérapeutique.*

Le traitement de l'angiotonie est multiple. Nous pouvons agir sur les vaisseaux soit au moyen de la balnéation chaude (eau ordinaire) ou du bain carbogazeux; soit en supprimant la cause vasoconstrictive: adrénalinémie, tabagisme, alcoolisme, diabète, goutte, pléthore sanguine, hyperviscosité: soit en incitant l'action vasodilatatrice par des agents chimiques ou physiologiques (nitrites, hormones des glandes de la sphère génitale, parathyroïdes).

Mais n'oublions jamais que c'est un traitement de durée et que la phase d'angiotonie pure est la seule où la thérapeutique agit d'une façon efficace. A la phase intermédiaire, où le rétrécissement est dû tant aux contractures qu'aux lésions (d'autant moins de contractures et plus de lésions que l'affection est plus avancée) elle n'agit que sur la contracture, la lésion n'etant nullement influencée. Le résultat ne peut être que médiocre. Lorsque enfin la sclérose s'est généralisée, toute action thérapeutique est presque nulle et nous devons nous résigner à combattre les insuffisances organiques: réduire les unes et retarder les autres.

Voilà la raison qui défend aux diurétiques d'abaisser l'hypertension lorsqu'elle est de type solitaire (angiotonie). Ce sont eux-même des agents spasmogènes. Ils la réduisent mais seulement quand elle est déterminée par des barrages rénaux car, assurant la filtration glomérulaire, ils rendent inutile cette élévation de la tension dont la seule raison était de forcer une filtration insuffisante.

EN RÉSUMÉ:

1. Si la finalité conceptionnelle des vaisseaux comprend leur contracture;

2. si autant l'anatomie que la physiologie leur donnent l'aptitude de répondre à cette finalité;

3. si l'hémodinamique circulatoire implique leur rétrécissement à

la suite de certains états physiques (friction) ou physiologiques (troubles humorax, hyperviscosité, intoxications, troubles endocriniens);

4. si la clinique nous montre les vices biologiques cellulaires ainsi que les deviations organiques dépendant des variations du régime circulatoire inhérentes à l'angiotonie;

5. si la pathologie nous enseigne le développement du tissu fibreux en conséquence de l'inflammation primitivement chronique, donc de l'irritation lente des endothéliums;

6. si l'étude anatomopathologique de l'affection prouve l'existence d'une longue période d'indemnité complète de l'arbre vasculaire et l'apparition tardive du tissu fibreux;

7. si cette longue période a un tableau clinique qui lui est propre;

8. si la diététique et la therapeutique rationnelles sont susceptib les de supprimer pour un certain temps les conditions anormales qui engendrent l'angiotonie et l'entretiennent;

les deux conclusions suivantes s'imposent:

a) l'angiotonie est une entité clinique,

b) l'artériosclérose n'est qu'une séquelle, une dégénération qui clôt l'angiotonie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANTIREUMATIC OERIU

(LITIUMSULFONAFTENAT)

Suveran în:

REUMATISM CRONIC,
REUMATISM ACUT,
SCIATICA,
LUMBAGO

Cercetări numeroase au dovedit că tratamentul cu injecţiile Antireumatic Oeriu dă rezultate excelente, în formele cele mai grave de reumatism cronic, acut, sciatică, artrite şi nevralgii.

Combinat cu diferite băi de nămol, ape de iod, fier, sulf, clorură de sodiu şi alte săruri minerale, s'au obţinut rezultate, cari au întrecut toate aşteptările

Aprobat de onor. Ministerul Sănătăţii cu No. 42260

Tratamentul constă din 6 injecţii seria A şi 6 B, după care nu mai există nici un fel de durere; în cazuri rare se continuă cu seria B.

Injecţiile se fac, zilnic sau la 2 zile, intravenos sau intramuscular. La tratamentul combinat, injecţiile se administrează după 3—6 ore dela baia rece sau caldă. Nu există contra-indicaţie.

INTRAVENOS sau
INTRAMUSCULAR

Mostre şi literatură: A. STUDERUS & Co. Bucureşti, Str. Sfi. Gheorghe 29 — Tel. 3-19-94

PTOZA GASTRICA ŞI CENTURA LOCUITORILOR DE LA MUNTE

de

Dr. TR. FOREANU

Margina—Rădăuţi.

Centura aplicată strâns pe epigastru, deasupra ombilicului, obiceiu ce-l au locuitorii de la munte, produce ptoză gastrică.

Ptoza gastrică a fost multă vreme confundată cu dilataţia şi gastrita cronică. A trebuit să vină Glénard, care a căutat să pună la punct mecanismul visceroptozelor. Glénard crede că ptoza stomacului este secondară ptozei colonului, care îngreuiat din cauza constipaţiei, ar cădea primul trăgând după el şi stomacul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Alţi autori cred că ficatul ar fi primul care, din cauza hipertrofiei şi a mijloacelor sale, destul de slabe de susţinere. O analiză mai amănunţită a cazurilor însă, va arăta că există gastroptoză, fără entero-ptoză şi fără hepato-ptoză.

Stibler crede că este vorba de o boală congenitală, datorită asteniei generale a musculaturei, atât netede, cât şi striată. Alţii din contră, cred că este vorba de o astenie specială a musculaturei stomacale şi a peretelui abdominal anterior. Hayem Richet şi Lion au atras atenţia asupra ptozei gastrice din cauza corsetului Hayem merge chiar mai departe şi creiază din gastroptoză o boală specială, numită *„maladia de corset"*. Glénard, atribue şi el o influenţă mare corsetului. Desigur că atunci, când corsetul era la modă, felul lui de a se aplica, a izbit atenţia oamenilor de ştiinţă şi alarma dată, a făcut ca să se vadă pericolul şi aş putea spune că suprimarea corsetului sau înlocuirea lui cu o centură abdominală, este un câştig, care face onoare medicinei. Locuitorii noştri dela munte, atât bărbaţii cât şi femeile, poartă o centură (chingă), lată cam de 20—30 cm., făcută din piele la bărbaţi, ţăsută din lână la femei. Această chingă este aplicată strâns deasupra ombilicului, pe epigastru. *Obiceiul acestor locuitori, este de a-şi scoate chinga înainte de masă şi de a o aplica imediat după masă.* Ori stomacului îngreuiat de alimente şi comprimat destul de puternic de chingă, nu-i rămâne

alta, decât să-şi găsească un loc în abdomen, dedesubtul chingei. In sensul acesta, primul lucru care se produce, este o alungire a stomacului şi secondar o cotitură a duodenului, fapt care jenând funcţia pilorului produce stază şi mai apoi o gastrită cronică cu dilataţie. La început stomacul îşi revine imediat, ce individul şi-a scos chinga, ba încă mai mult, muşchii stomacali căutând să învingă staza mecanică, care se produce, se hipertrofiază. Mai pe urmă însă, peretele stomacal îşi pierde tonicitatea, muşchii se atrofiază, iar mucoasa îşi pierde epiteliul său cilindric cu celule peptice, transformându-se în celule cubice mucoase. Astfel se creiază secondar dilataţia cu gastrita cronică, care însoţeşte mai totdeauna vechile ptoze. După cum vedem se formează un cerc vicios, deoarece o gastrită cronică, cu atrofia peretelui stomacal, poate să predispună la ptoză, după cum o ptoză prin staza mecanică, poate cu vremea să producă gastrita cronică. Alteori aceleaşi cauze produc atât ptoza, cât şi gastrita cronică. Această afecţiune este foarte deasă printre locuitorii dela munte şi mi-am putut da seama de multe ori, că este *o legătură strânsă între obiceiul de a purta chingă şi ptoza gastrică.* Experienţa este uşoară. Făcând însuflaţia stomacului cu o sondă de mic calibru, lungă de 50 cm., la a cărui capăt exterior aplicam o para de cauciuc, constatam mai ales la oamenii slabi, bine înţeles după ce s'a insuflat o cantitate potrivită de aer şi acest lucru se poate aprecia uşor, deoarece individul acuză o senzaţie dureroasă la epigastru, că stomacul se poate foarte bine delimita, prin inspecţie, şi mai ales prin percuţie. Dacă aplicăm chinga deasupra unui stomac bine insuflat şi o strângem bine, vom găsi totdeauna dedesubtul ombilicului o zonă sonoră, în formă de corn, care corespunde marei curburi a stomacului. Lucrul acesta repetat la mai mulţi indivizi cu stomacul sănătos, a fost totdeauna pozitiv. Bine înţeles pentru ca experienţa să reuşească, este de recomandat individului să nu elimine gazul prin eructaţie, lucru nu tocmai uşor de realizat, deoarece indivizii simt o nevoe imperioasă de a eructa. Se poate evita acest lucru, punând individul să facă mişcări de deglutiţie când simte nevoia de a eructa. Cel mai bun lucru este ca chinga să fie aşezată pe epigastru, aşa că după insuflaţie să se strângă imediat. Experienţa se poate face şi cu natriu bicarbonic şi acid tartric câte 5 gr. din fiecare, însă reuşeşte cu mult mai greu. Să mai poate face cu apă sau lapte sau cu orice lichid în general, în felul următor: Să dă individului să bea o cantitate mărişoară de apă sau lapte (cam 1/2 kg.), şi se aplică chinga şi se strânge. Dacă stomacul a fost gol, se va putea percepe un sgomot de clopotaj la câţiva cm. dedesubtul ombilicului. Experienţa nu reuşeşte la un stomac plin cu alimente solide. Ar fi interesant să se facă radioscopia stomacului după masă cu chinga aplicată, lucru ce aci nu s'a putut face din cauză că ne lipseşte aparatul. Totuşi ni s'ar putea obiecta şi cu drept cuvânt, că nu toţi indivizii care poartă chingă au ptoză gastrică şi viceversa. Desigur că şi aci, ca şi în alte afecţiuni, intervin şi alţi factori şi faptul că ptoza gastrică să găseşte mai mult la adulţi (dela 20—60) cu deosebire

BCU Cluj / Central University Library Cluj
Universitatea Regele Ferdinand I din Cluj • BIBLIOTECA ROMÂNĂ

la sexul femenin, ne explică în parte faptul. Multi-natalitatea cu deşirarea şi slăbirea muşchilor abdominali, involuţia lor la oamenii bătrâni, gastritele cronice la marii mâncători şi la cei ce se nutresc cu alimente grele, oamenii debili cu torace strâmt şi musculatura redusă din cauza alimentaţiei insuficiente, sunt cei ce plătesc tributul cel mai mare acestei afecţiuni. Părerea lui Stibler mai sus citată, cu astenia universalis congenitale, conţine o parte de adevăr. Cei sănătoşi născuţi şi bine nutriţi cu musculatura bine desvoltată vor rezista mai mult, oricât de mare va fi strângerea. Şi apoi felul de a se aplica chinga nu este la fel la toată lumea. Unii să strâng mai mult, alţii mai puţin, aşa că şi stomacul va fi supus strângerii după caz. Totuşi cred că trebue să fie atrasă atenţia lumii medicale asupra acestui obiceiu, cu atât mai mult cu cât boala odată constituită va tortura individul de multe ori toată viaţa. Remisiuni sunt foarte puţine şi mai mult la început. Clinicește cazurile sunt relativ uşor de recunoscut, chiar după aspectul lor exterior. Bolnavul are musculatura în majoritatea cazurilor redusă, abdomenul este deprimat deasupra ombilicului şi eşit în afară ca o bombă dedesubtul lui. La palpaţie peretele abdominal este flasc, fără consistenţă, muşchii drepţi subţiaţi şi depărtaţi unul de altul, aşa că linia albă abdominală este foarte largă. Bătăile aortei se simt uşor. Clapotajul se percepe dedesubtul ombilicului. Sonoritatea stomacului este mărită. Constipaţia este regula. Digestiile sunt lente, bolnavul simte după masă o greutate cu balonare epigastrică, alteori adevărate dureri care se calmează prin repaus în decubitus dorsal sau o centură abdominală. Mathieu face dintr'aceasta un mijloc de diagnostic.

Dacă bolnavul stă în picioare şi noi aşezaţi înapoia lui, îi ridicăm cu ambele mâni abdomenul în sus şi durerile cedează, este un semn aproape sigur de ptoză gastrică.

Autointoxicaţiile intestinale, produc după un timp turburări grave în economie. Bolnavii devin neurastenici, apatici, cu dureri de cap, insomnii, visuri urâte, şi uneori merg până la boli nervoase grave, melancolie, abulie, desgust de viaţă, etc. Aceste simptome nu vin toate deodată şi sunt bolnavi care îşi păstrează o stare fizică bună până la sfârşit. De cele mai multe ori când tot acest complex este prezent, nu este vorba numai de o ptoză a stomacului, dar de o adevărată boală a ptozelor; fiind ptozate: ficatul, colonul, rinichiul, splina, uterul, vaginul, etc., ba chiar şi organele din torace, diafragmul, inima, etc.

Tratamentul acestei afecţiuni se împarte în tratament pentru gastrita cronică: amaruri, stricnină, tonice, laxative şi pentru ridicarea motricităţii în general, electricitate, masaj, gimnastică abdominală, cura de îngrăşat cu o alimentaţie uşoară şi substanţială, ştiindu-se că cel mai bun mijloc de a se ţine în poziţie stomacul, este întărirea peretelui abdominal. Centura abdominală rămâne singurul mijloc activ în cele mai multe cazuri, cel puţin până când motricitatea abdominală şi pătura de grăsime sunt destule pentru a susţine singure stomacul.

Ca profilaxie, dat fiind că această afecţie, merge până acolo încât are influenţe, chiar asupra rasei, debilitând organismul, trebue suprimată chinga, sau aplicată în aşa fel încât marginea ei superioară să corespundă marei curburi a stomacului.

TR. FOREANU:

Les habitants des villages situés à la montagne ont l'habitude de mettre une ceinture au dessus de l'ombilique avec un cordon de cuir, ayant une largeur de 20—30 cm. Cette ceinture mise immediatement après les repas produit une gastroptose.

L'affection devient définitive après un certain temps et se complique d'une dilatation et gastrite chronique.

TR. FOREANU:

Die Einwöhner der Gebirgsdörfer der Moldau haben die Gewohnheit sich die Mitte des Körpers mit einem 20—30 cm. breiten Ledergurte zu umschnüren. Dieser Ledergurt angelegt unmittelbar nach dem Mitagesse ruft mechanischr eine Magensenkung hervor. Diese wird mit der Zeit dauernd, und kompliziert sich mit Magenerweiterung und chronischen Magenkatharr.

Arthero-schleroză, Reumatism.
Guta, diabet.

COLLO-JODE DUBOIS
picături

Iod, acizi aminici, Propantriol.
Fără frică de iodisme, iodurisme, alteraţiuni sau intoleranţă.

Adulţi: 10-60 picături.
Copii: 5-20 picături.

Cardiotonic.
Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos.

CARDIALGINE DUBOIS
drageuri

Bromur de sparteină, extracte de strophantus, aubepine, belladona, papaverină.

3-5 drageuri pe zi.

Concesionar general pentru România
PAUL ILUTZA, Bucureşti, Str. Olari 23

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ERUPTIA VICIOASA A DINTILOR

de

D-r CONSTANŢA IONESCU şi D-r COSTIN RADIAN

In practica stomatologică vin deseori bolnavi ce solicită ajutorul nostru ca specialişti pentru remedierea diferitelor malformaţiuni sau eroziuni dentare. Aceste anomalii de erupţii şi desvoltare le întâlnim atât la dinţii temporari cât şi la cei permanenţi.

OBSERV. 1. — Bolnavul X. Y. din comuna Calopăr, jud. Dolj, în vârstă de 14 ani, vine în serviciul chirurgical al spitalului Filantropia din Craiova, în ziua de 26 Noembrie 1933, pentru dureri difuze ale arcadei dentare superioare stângi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Antecedente heredo-colaterale şi personale fără importanţă.

Istoricul maladiei actuale: Acum câţiva ani, nu poate preciza, a observat o tumefacţiune a arcadei dentare stângi superioare în dreptul primului molar. Această anomalie nu l-a supărat până acum o săptămână, când tumora s'a mărit brusc de volum şi a început să fie dureroasă. Durerile s'au accentuat din zi în zi şi a cuprins toată arcada dentară. Acest fapt decide pe părinţii lui să-l interneze în spital.

Stare prezentă: Acuză dureri vii spontane difuze la nivelul arcadei superioare stângi.

Examenul local: O tumefacţie de mărimea unei cireşe la nivelul primului molar superior stâng, de culoare roşie diferenţiată net de coloraţiunea rozată normal a mucoasei gingivo-bucale şi de consistenţă dură, având aspectul unei tumori osoase foarte sensibilă la palpare.

Examenul general: nimic important de semnalat.

Puncţia locală negativă. Examen Wassermann, negativ.

Se decide intervenţiunea chirurgicală în ziua de 28 Noembrie.

Operator, Doctor Constanţa Ionescu; ajutor, Doctor C. Radian.

Anestezie regională. Procedeul Poirier. Se înfige acul de injecţie la 1 cm. înapoia unghiului format de arcada zigomatică şi apofiza orbitară externă a molarului la o profunzime de 4 cm. Se injectează 2 cm. de novocaină 1/2000. Durerile ce acuză bolnavul încetează. Avem anestezie în teritoriul nervului maxilar superior, lucru pe care l-am căutat injectând soluţia de novocaină în partea superioară a fosei pterigo-maxilare. Se face o injecţie pe axul median al tumorei, se decolează mucoasa gingivală, apoi cu dalta intrăm într'o cavi-

tate osoasă ce conţine un molar cu coroana bine constituită, fără rădăcini. Se ridică cu penseta ciupitoare, se tamponează cavitatea, care este hemoragică, cu ajutorul unui tampon de comprese, pe care bolnavul le strânge între dinţi. Hemoragia se opreşte complect.

Urmările postoperatorii simple: Plaga este uşor difterizată, sfaceluri ale mucoasei se elimină şi după două săptămâni, în ziua de 10 Decembrie 1933, bolnavul părăseşte spitalul complect vindecat.

OBSERV. 2. — Bolnava D. S. în vârstă de 14 ani, elevă, Craiova, vine pentru plăgi erozive ale buzei superioare, situate la nivelul celor doi canini superiori, ce prezintă erupţie vicioasă în fosa canină.

Antecedente heredo-colaterale: Părinţii trăesc şi sunt sănătoşi. Are doi fraţi şi o soră, cari sufăr de animie şi proces de decalcificare cu eroziuni dentare.

Antecedente personale: Difterie la un an, rugeolă la 6 ani, la 7 ani pleurezie şi operaţie de polipi, la 8 ani scarlatină şi tusă convulsivă, oreillon la 13 ani, menstruaţie la 14 ani.

Istoric: La vârsta de 11 ani, a observat erupţia caninilor superiori aproape de nivelul şanţului labio-gingival. Au crescut în decurs de 6 luni, ajungând la dimensiuni apreciabile, ulcerând deseori mucoasa buzei superioare şi dând o desfigurare, mai ales în râs.

Starea prezentă: Bolnava prezintă canini superiori într'o erupţie vicioasă în fosa canină, măriţi de volum. Uşoară ulceraţie a mucoasei labiale în dreptul lor. La examenul radiografic se constată o evoluţie anormală, cu un volum mărit, atât al rădăcinei, cât şi al coroanei.

Tratament: Sub anestezie cu novocaină, se extrag ambii canini. Se comprimă plaga cu tampoane iodoformate până a doua zi. In 8 zile vindecarea este complectă.

OBSERV. 3. — Bolnavul Mazilu Nicolae, de 20 ani, muncitor din comuna Balta-Verde, jud. Doljiu, vine pentru extracţia celui de al doilea premolar superior stâng, erupt vicios.

Antecedente heredo-colaterale fără importanţă.

Antecedente personale: Variolă la 2 ani; restul fără importanţă.

Istoric: La 18 ani a observat o uşoară tumefacţie în dreptul primului premolar superior stâng, urmată de erupţia lui.

In decurs de 2—3 luni a crescut şi fără a ajunge la un volum prea mare, numai prin poziţia lui dădea eroziuni ale mucoasei bucale.

Stare prezentă: La examenul bucal observăm premolarul al doilea superior stâng erupt deasupra primului premolar. Spaţiul între primul premolar şi primul molar superior stâng, nul. Poziţia premolarului erupt vicios era aproape orizontală cu arcada dentară, iar degajat de gingie, prezenta numai jumătatea externă a coroanei.

Tratament: Sub anestezie locală cu novocaină se extrage al doilea premolar. Plaga se vindecă fără nici-o complicaţie.

Dintele extras prezintă o retroversiune internă.

OBSERV. 4. — Bolnava E. P. în vârstă de 15 ani, vine pentru dureri la nivelul premolarului al doilea şi primului molar superior drept.

Antecedente heredo-colaterale fără importanţă.

Antecedente personale: Rugeolă şi enterită la 3 ani, congestie pulmonară la 14 ani, menstruaţie la 14 ani, restul fără importanţă.

Istoric: In luna Octombrie 1936, a observat o tumefacţie deasupra primului molar superior drept, însoţită de dureri şi urmată de erupţia celui de al doilea premolar superior drept. Până în ziua de 2 Februarie, când se prezintă la mine, erupţia este aproape completă.

Starea prezentă: La examenul bucal, premolarul al doilea se găseşte deasupra spaţiului interdentar dintre primul premolar şi primul molar drept superior. Premolarul nou erupt este aproape lipit de primul molar. Faţa triturantă priveşte complect către exterior. In rest, examenul bucal ne prezintă extracţia lui s. 6. înlocuit prin bridge.

Primul molar având şi o carie cu necroză pulpară, se procedează la extracţie. Se face anestezie regională a nervului palatin anterior în gaura palatină posterioară, la care asociem apoi procedeul Guido-Fischer cu injecţiunea pe faţa posterioară a tuberozităţii maxilare. Se face extracţia cu multă greutate, având înglobată rădăcina premolarului al doilea între rădăcina primului molar. Se chiurtează alveola, se tamponează cu tifon sterilizat până a doua zi. In afară de sfacele ce s'au eliminat, nu a survenit nici-o complicaţie şi după 7 zile bolnava nu mai vine la tratament, rămânând să urmeze acasă cu băi bucale antiseptice.

OBSERV. 5. — Bolnavul P. M., de 23 ani, funcţionar din comuna Cârcea, jud. Doljiu, vine pentru dureri la nivelul maxilarului superior stâng, regiunea premolarilor.

Antecedente heredo-colaterale fără importanţă.

Antecedente personale: Difterie la vârsta de 8 ani. Restul fără importanţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Istoric: La vârsta de 14 ani a observat o tumefacţie însoţită de dureri iradiate în special la primul molar. Apoi au erupt trei premolari în acelaş timp cu poziţii şi direcţii diferite. In rest nu a semnalat nici-o turburare.

Stare prezentă: De constituţie bună. Examenul Wassermann negativ. La examenul bucal se constată erupţia a trei premolari cu absenţa caninului. Primul premolar are o evoluţie palatinală cu marginea distală lipită de premolarul următor, iar cea mezială la o distanţă aproape de $1/2$ cm., de linia normală a arcadei. Al doilea premolar este în afara arcadei privind în jos şi în afară şi torsionat pe rădăcină, astfel că cuspidul intern priveşte înainte, iar cel extern înapoi. Al treilea premolar are o dispoziţie normală. Sub anestezie locală se face extracţia premolarului erupt înăuntru şi cel din afara liniei arcadei dentare, fără urmări post-operatorii.

Pentru o mai bună explicaţie a cauzelor ce contribuesc la erupţia vicioasă a dinţilor, vom face mai întâi o scurtă privire asupra embriologiei lor.

Dinţii derivă din creasta epitelială internă ce se înfundă, formând o invaginare a gingiei, numită şi mugure plonjant.

In formarea dintelui iau parte trei elemente:

1) Burjeonul ce este epiteliu invaginat din epitelul gingiei.

2) Bulbul dentar, din mezenhim.

3) Foliculul ce este ţesut mezodermic care înconjoară burjeonul dentar, devine dens şi constituie un înveliş numit perete folicular.

Bulbul dentar dă naştere la ivoriu şi pulpă.

Burjeonul va da emaiul.

Peretele folicular va da cimentul şi ligamentul alveolo-dentar.

Formarea ivoriului: In bulbul dentar sunt la început celule mezodermice tasate într'o substanţă amorfă interpusă. Celulele sufăr modificări importante. In partea centrală iau forma etoalată anastomozându-se prin prelungiri, pe când în stratul superficial devin cilindrice şi se dispun în serii regulate. Acest strat elaborează printr'un fel de secreţie ivoriu sau dentina şi celulelor ce o elaborează, odontoblaste. Celulele odontoblaste devin etoalate, se unesc prin prelungiri, iar una din prelungiri devine cilindrică şi trece în stratul superficial constituind canaliculele lui Toms, sau canaliculele dentinei. Straturile de dentină se depun în partea periferică a bulbului, nu în partea centrală, care va forma pulpa dentară.

Formarea emailului: Din momentul când e coafat bulbul, în celulele epiteliale ale burjeonului epitelial se fac schimbări şi anume: celulele centrale devin etoalate, se anostomozează prin prelungiri şi stau într'o substanţă amorfă translucidă. Celulele periferice iau dispoziţii diferite, după cum sunt pe faţa concavă sau convexă a burjeonului. Cele după faţa concavă (în vecinătatea bulbului) se alungesc şi se dispun într'un strat regulat. Prin faţa lor profundă vor secreta substanţa emaiului şi li se vor da numele de celule adamantogene sau ameloblaste, iar membranei ce o constituiesc, membrana emaiului. Burjeonul dentar astfel modificat, reprezintă organul adamantin.

Deasupra membranei emaiului este un strat de celule poliedrice, ce separă membrana emaiului de celulele etoalate. Este stratul intermediar. Celulele etoalate sunt la suprafaţă. Viitorul mai derivă din lama internă a epiteliului emaiului. La suprafaţa emaiului este o cuticulă, numită membrana lui Nasmyth. Ea ar reprezenta stratul cel mai recent de depunere al celulelor organului adamantin, încă neinfiltrat de săruri calcare. Ţesutul organului adamantin nu e vascular. El este împins prin desvoltarea dintelui şi termină prin a se atrofia şi dispare.

Formaţia cimentului şi ligamentului alveolo-dentar: Incepe când coroana e în întregime desvoltată. Aceasta corespunde cu începutul erupţiei. In stratul intern al peretelui folicular imediat pe suprafaţa ivoriului se depune substanţa osoasă a cimentului precedată de apariţia osteoblastelor. Osificarea peretelui intern folicular se face direct pe rădăcină dela vârf către colet. La dinţii de lapte stratul de ciment este subţire şi nu conţine osteoblaste. Restul peretelui folicular se transformă într'un adevărat ţesut fibros, ligamentul alveolo-dentar.

Modificarea lamei şi cordonului dentar: Lama trimite în ţesutul ambiant burjeoni neregulaţi epidermici şi în acelaş timp prezintă perforaţiuni în grosimea lamei. Lama şi cordonul se desagregă, iar sâmburii epiteliali sunt răspândiţi în ţesutul conjunctiv al gingiei şi se rezorb în timpul erupţiei.

Erupţia dinţilor de lapte: In timpul formărei sacului dentar şi dinţilor, osul maxilar se desvoltă şi formează o gutieră unde sunt cuprinşi saci dentari. Aceştia se măresc de volum, ridică marginea

BCU Cluj / Central University Library Cluj

gingiei şi determină pe fiecare maxilar formaţia unei ridicături curbilinii. care va răspunde marginei alveolare a maxilarului. In momentul naşterii, fiecare gutieră e subdivizată prin cloazoane transversale într'un număr de loje sau alveole, fiecare conţinând un dinte. Dintele e la început format numai din coroană. Rădăcina se desvoltă în profunzime şi se apropie progresiv de fundul alveolei. Consecinţa apariţiei rădăcinei este ridicarea coroanei, care începe să preseze pe peretele superior al sacului dentinar şi mucoasa gingivală care îi aderă, aceasta suferind un proces de atrofie. In timpul formaţiei rădăcinei, baza bulbului încă nenăvălită de ivoriu, se alungeşte de jos în sus. Această alungire aduce o mărire proporţională a rădăcinei, pe care trebue s'o considerăm ca principala cauză a erupţiei dinţilor.

Dinţi de înlocuire: Lama dentară, după ce a dat naştere burjeonilor dinţilor de lapte, se alungeşte şi coboară înăuntrul acestor burjeoni, cari par acum atârnaţi de faţa sa externă. Marginea profundă a lamei dentare se festonează şi fiecare feston reprezintă burjeonul unui dinte de înlocuire. Acest burjeon se accentuiază din ce în ce şi se înfundă în grosimea alveolei descriind o spirală şi aşezându-se definitiv dedesubtul şi înăuntrul dintelui temporal. Sacii dentari definitivi sunt la început în aceeaşi alveolă cu dintele temporal. Mai târziu, în momentul desvoltării coroanei, se stabileşte între ei un cloason osos şi sacul dintelui definitiv se găseşte învelit de toate părţile de ţesut osos, afară de partea superioară, unde peretele alveolar e perforat de un mic orificiu, pe unde trece gubernaculum, pe care peretele folicular îl trimite la suprafaţa cordonului dentar. Această prelungire se pierde superficial în ţesutul fibros al rebordului gingival. Dacă cordonul dentar se rupe în interiorul gubernaculului şi dintele de înlocuire erupe traversând gubernaculum, resturile cordonului se găsesc răspândite în jurul rădăcinii. Câte unul din aceste resturi perzistă la adult şi formează resturile epiteliale paradentare ale lui Malasez.

Căderea dinţilor de lapte şi înlocuirea lor: Rădăcina dinţilor temporari dispare prin osteita rarefiantă provocată prin desvoltarea dintelui permanent, care aduce rezorbţia cloazonului şi rebordului alveolar până la rădăcina dintelui permanent.

Cunoscând formarea dinţilor şi procesele petrecute până la erupţia atât a germenului dentar cât şi gingiei şi alveolei, să vedem cari sunt cauzele unei erupţii vicioase a dinţilor.

1) *Persistenţa dinţilor temporali.* Dinţii temporali nesuferind procesul de osteită rarefiantă, rămânând la locul lor, ocupă locul dintelui permanent, care sufere modificări atât în formă cât şi în poziţia sa. Perzistenţa dinţilor temporali poate fi datorită şi heredosifilisului.

2) Lipsa de loc datorită oprirei în desvoltare a maxilarului în sens antero-posterior. Anomalii datorite acestei cauze observăm în special la molarul de minte.

3) Mărimea de volum a dinţilor e o cauză de modificare în erupţia lor. Ea poate fi datorită hipertiroidismului ce dă dinţi voluminoşi, cu erupţie precoce şi tendinţă la decalcificare.

4) Duritatea fibroasă a gingiei constituie un obstacol, dintele rămânând inclus sau luând direcţia unde găseşte mai puţină rezistenţă.

5) Apropierea marginelor alveolare.

6) Rea poziţie a burjeonului dentar şi incluziunea. Burjeonul dentar, aşezat într'o poziţie vicioasă, dela început, poate fi o cauză de incluziune. In stare normală, dintele inclus se îndreaptă oblic înainte. Oblicuitatea poate fi exagerată, direcţia poate fi orizontală sau chiar cu coroana în jos pentru dinţii maxilarului inferior. Dintele inclus intrând în evoluţie dă o jenă în erupţia sa, provocând în jur fenomene de iritaţie, cum observăm în cazurile sus citate şi în special în primul, de unde rezultă o osteită adesea urmată de necroză, putând lua un caracter foarte grav. Este o osteită fără supuraţie, care ia câteodată naştere în jurul dintelui de minte inclus în grosimea maxilarului. El poate fi deseori confundat cu osteo-sarcomul şi se termină prin hiperstoză permanentă. Alteori necroza lamei osoase împrejurul dintelui inclus poate să creeze printr'un proces de osteită rarefiantă un fel de cavitate pe care Guyon a descris-o sub numele de chist dentifer nefolicular. Inclus, în evoluţia sa, dintele poate prezenta anomalii de poziţie. Astfel poate erupe în locuri şi cavităţi anormale ca: bolta palatină, planşeul gurii, fosa canină ca în cazul nostru, sinusul maxilar, marginea orbitară, osul malar. Erupţia se manifestă la început prin reacţie inflamatorie. Un molar de minte poate rămâne inclus în grosimea ramurei montante, între rădăcinele celui de al doilea molar, sau în regiunea submaxilară.

7) *Infecţiunile:* In patogenia accidentelor molarului de minte, Capdepont, 1901, arată că infecţiunea pe cale endogenă sau exogenă poate atinge sacul folicular. Infecţiunea sifilitică (heredo-sifilisul) dă modificări în special asupra dinţilor permanenţi ca: absenţa unor dinţi, prezistenţa dinţilor de lapte, întârzierea în evoluţie, sau dezorientarea şi neregularitatea în special a centralilor de sus, consideraţi de Gaucher ca semn sigur de heredo-sifilis.

8) Perzistenţa sacului folicular al cărui perete nu ar putea fi perforat de dinte în ascensiunea sa, după Albaran şi Pierre Robin ar fi o cauză de erupţie vicioasă a dinţilor. Cât despre dinţii supranumerari, sunt datoriţi incluziunei resturilor epiteliale ce ar da burjeoni supranumerari. Aceşti burjeoni rămân în stare latentă sau sub influenţa a cauze diverse cum ar fi infecţiuni a gingiei, traumatisme repetate sau chiar fără cauză. Evoluţia poate fi normală dând dinţi supranumerari cu aşezări diferite sau anormală, neajungând la desvoltare complectă, dând tumori de natură dentară, care produc turburări grave ale regiunei şi organelor pe care se desvoltă. Tumorile acestea numite şi odontome sunt compuse din diferite ţesuturi dentare şi care rezultă din hipergeneza sau hipertrofia germenilor dentari în cale de evoluţie. In general odontomele sunt tumori desvoltate în grosimea maxilarului unde pot constitui simple mese fibroase (odontom embrioplastic) sau mese fibroase năvălite de fenomene de dentificaţie (odontom odontoplastic) sau constituit din diverse ţesuturi dentare (email, ivoriu, ciment) mai mult

sau mai puţin rău conformate, reduse la coroană (odontom coronar), cum găsim în prima observaţie, sau coroana complectă cu un fragment de rădăcină (odontom radicular). Aceste tumori pot rămâne incluse, sau să dea naştere la o tumefacţiune net perceptibilă, dureroasă, adsea putând ajunge la necroza ţesuturilor şi supuraţie.

In privinţa simptomatologiei le putem împărţi în:

1) Turburările ce apar înainte de erupţie. La început avem o jenă urmată de apariţia unei tumori dure, de volum nu prea mare, proeminând fie pe faţa vestibulară, fie pe cea bucală. Deseori tumora este însoţită de fenomene inflamatorii sau dureri cu iradiaţiuni, în raport cu sediul dintelui erupt. Jenă în masticaţie şi vorbire. Supuraţia şi necroza ţesuturilor, fie datorită unei infecţiuni secundare, fie datorită procesului de eliminare a odontomului ce constituie la un moment dat un corp străin.

După erupţie, deformaţia regiunei este însoţită de deformaţia figurei şi în special în râs cum avem în observaţia a doua de mai sus. Ea se însoţeşte deseori de eroziuni ale mucoasei corespunzătoare, jenă în masticaţie şi vorbire.

Diagnostic diferenţial:

1) Cu actinomicoza forma neoplazică are o evoluţie lungă intra osoasă, caracterizată printr'o tumefacţie, ce face corp cu osul, fără năvălirea părţilor moi. Se deschide însă prin fistule cu puroiu grăunţos.

a) Kistele radiculare derivă din resturile paradentare ale lui Malassez şi sunt frecvente între 20—40 ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Clinic, evoluţia chistelor radiculo-dentare este în raport cu o infecţie pe dinte sau ligament.

3) Chondromul e o tumoră accesibilă dela început. Se desvoltă fie central (echondrom), fie periferic (perichondrom). E o tumoră enormă, de consistenţă inegală, prezentând puncte de ramolisment.

4) Osteomul apare până la 20 ani. Ocupă adesea marginea alveolară şi unghiul maxilarului. Aderă osului şi pot fi centrali şi periferici. Prin evoluţia lor pot năvăli orbita şi chiar craniul, pe când în erupţia anormală a dinţilor, odată erupt sau odontomul ieşit la iveală, fenomenele iau sfârşit. Osteomul ajunge la dimensiuni mari.

5) Cu tumorile maligne, cancerul apare la o vârstă mai înaintată. Este de obiceiu secundar. Ganglionii sunt prinşi. Are o evoluţie rapidă. Tumora este hemoragică, voluminoasă, pseudofluctuentă, dureroasă.

6) Sarcomul, sunt tumori vascularizate, ganglionii prinşi. Sunt însoţite de căderea dinţilor şi tumefacţia osului, dureri nevralgice violente.

Tratament. Enuclearea tumorilor în incluziuni dentare, extracţia în malpoziţii şi malformaţiuni prea accentuate şi îndreptarea dinţilor prin aplicări de aparate acolo unde se pretează.

PERICOLUL ÎNTREBUINTARII SUBSTANTELOR ULEIOASE ÎN URETRA ŞI REFLUXUL URETRO-VENOS

de

D-r TRAIAN KATZ-Galaţi

Chirurg-Urolog

Prin refluxul uretro-venos se înţelege pătrunderea în circulaţia venoasă, prin venele penisului, a substanţelor injectate în uretră. Această refluare este posibilă chiar când mucoasa uretrală este în aparenţă intactă. Prin acest mecanism — ilustrat prin clişeele radiografice — se explică emboliile uleioase cu punct de plecare uretral, atunci când substanţe uleioase sunt întrebuinţate fie în scop terapeutic, fie în scop explorator. Deoarece s'au semnalat şi cazuri mortale în urma întrebuinţării acestor uleiuri, autorul atrage atenţiunea asupra acestui pericol, insistând asupra înlocuirii acestor substanţe uleioase.

BCU Iași / Central University Library

Uleiurile sunt de multă vreme întrebuinţate în mica urologie, pentru a unge sondele cu care cateterizăm uretra sau vesica, sau ca vectoare ale diferitelor substanţe medicamentoase introduse în uretră sau vesică (ulei gomenolat—iodeol — iodargol—iodipine, agoleum). Mulţi confraţi le întrebuinţează şi le recomandă în cazurile de stricturi aproape de netrecut cu sondele filiforme. Injectând în aceste cazuri uleiul steril sub presiune în uretră, ei vor să obţină forţarea stricturei de către ulei şi o acoperire a acestora cu stratul uleios care să le uşureze apoi trecerea sondelor. Este o manevră care într'adevăr reuşeşte uneori — dar care e periculoasă, după cum vom vedea, din cauza posibilităţii trecerii substanţelor uleioase în circulaţiunea generală şi a producerii unor stări uneori foarte grave de embolie uleioasă cu sfârşit letal.

In ultimii ani, de când uretrografia — adică exploraţia uretrei şi a anexelor — cu substanţe opace, a luat un avânt aşa de mare — motivat de altfel — se întrebuinţează aproape exclusiv ca substanţe de contrast, uleiuri iodate ca iodipinul sau lipiodolul. S'au semnalat embolii şi chiar cazuri mortale publicate şi în urma acestor exploraţiuni.

Vreau să subliniez deci dela început că introducerea de substanţe uleioase pe uretră fie în scop terapeutic sau explorator, nu este lipsită de pericole. Deaceea am crezut necesar să dau citito-

rilor excelentei reviste „Mişcarea Medicală Română", câteva consideraţiuni asupra mecanismului acestor embolii şi să le arăt şi cum este privită această chestiune în lumea urologică de peste hotare.

Prin reflux uretro-venos se înţelege pătrunderea substanţelor din uretră în circulaţia generală prin venele uretro-peniene.

La noi în ţară n'am găsit deloc studiată această chestiune şi se pare că nici în Franţa ea nu a fost decât abia acum câţiva ani menţionată.

In şedinţa societăţii franceze de urologie din 17 Dec. 1934, dr. Janet este raportorul unei comunicări făcută de M. A. Franck, în care se insistă asupra pătrunderii substanţelor opace, în speţă lipiodolul, în circulaţiunea venoasă şi a eventualelor complicaţiuni pe care acest reflux uretro-venos le-ar putea produce. In această comunicare d-rul Franck adaogă: „qu'il est étonnant que dans aucun ouvrage sur l'urétrographie il ne soit pas mention de la pénétration veineuse du liquide opaque. Pour les auteurs l'innocuité de la méthode ne fait aucun doute".

Subsemnatul, împreună cu d-l prof. Hortolomei — încă din 1933 — în diferitele noastre publicaţiuni asupra uretrografiei în ţară, dar mai ales în monografia asupra uretrografiei publicată în două numere din Journal d'Urologie T. XXXIV Nr. 4 şi 5, atrăgeam atenţiunea asupra pericolului emboliilor uleioase cu punct de plecare uretral, macroscopiceşte, cu clişee şi arătam printre cei dintâi, care este modul de producere al acestor embolii prin refluarea lichidului injectat din uretră în sistemul venos.

Biblioteca Universitatea Cluj

Dacă unii autori susţin că n'au avut în practica lor urologică nici un caz mortal de embolie uleioasă cu punct de plecare uretral, aceasta cred eu, nu este un argument de a neglija cazurile de embolie cu sfârşit fatal publicate în literatură. Iată câteva cazuri de dată mai recentă: Patterson din Rochester în J. Med. Assoc. din 1931 — (Vol. 97 pag. 1147), raportează două cazuri: unul de 70 ani, altul de 63 ani, ambii cu stricturi uretrale. In primul caz, unui stricturat cu retenţie, îi este imposibil să treacă vreo sondă filiformă. Se gândeşte apoi să dilate uretra cu ulei sub presiune, injectează 5—8 cmc. de ulei şi trei minute dela această manevră bolnavul începe să prezinte dispnee, cianoză, hemiplegie stângă şi până în 15 minute, cu toate ajutoarele date, pacientul sucombă. Nu s'a putut determina care a fost cauza morţii. La autopsie, s'au găsit în uretră stricturi uretrale, mucoasa vesicală infectată, un ureter dilatat, o arterioscleroză generalizată, infarcte cerebrale, mici hemoragii în creer. In al doilea caz practică aceiaş manevră cu ulei sub presiune şi la fel, după 2—3 minute, de la injectare, bolnavul prezintă aceiaş simptomatologie şi sucombă după 7 minute. Negăsindu-se nimic la autopsie care să explice moartea, au căutat uleiul în organe şi s'au găsit picături de ulei în rinichi şi plămâni, nu şi în creer.

Chevassu la Societatea belgiană de urologie din 1933 şi la Congresul de urologie din 1934, arată uretrografiile unui bolnav făcute cu lipiodol care a pătruns din uretră în venele bulbare până

la ruşinoasele interne, dând din fericire bolnavului doar o uşoară ascensiune termică (38⁰) cu o puternică tuse când a fost readus în pat, cu raluri la baza dreaptă, fenomene care au ţinut câteva zile. Chevassu termină: „cette incontestable embolie si anodine qu'elle est été, m'a fait depuis cette époque modifier notre technique urétrographique". El cere ca lipiodolul, căci acest accident nu l'a făcut să renunţe la lipiodol, să fie injectat sub controlul ecranului radioscopic cu precauţiunile pe cari le vom vedea mai jos.

Hryntschak in Zeitschr. f. Urologie din 1935 Heft 7, relatează un caz mortal de embolie uleioasă în urma unei uretrografii făcută cu iodipin (ulei iodat Merk). Pacientul, un stricturat în vârstă de 50 ani, elimina destul de des calculi pe uretră şi multe ori aceştia-i provocau o retenţie complectă. In o asemenea situaţie, un confrate încearcă să-i imobilizeze cu o sondă metalică calculul, redându-i o micţiune destul de dificilă. A doua zi dela această explorarţiune este văzut de Hryntschak, care cu o sondă moale evacuatoare Nr. 10, nu reuşeşte să treacă dincolo de 10 cm. dela meat. Pentru a nu răni uretra şi ca o măsură de precauţiune autorul îi face o uretrografie, ca să-şi dea seama de cauza obstacolului, cu iodipin Merk, *sub controlul radioscopic*. Reproduc mai jos imaginea originală a uretrografiei. Vezi fig. No. 1, în care se observă pătrunderea substanţei de contrast în circulaţiunea venoasă. Bolnavul a sucombat peste 3 zile cu fenomene de embolie grăsoasă; la necroscopie s'a găsit pe uretră la 3 cm. de meat, o mică rană care a permis probabil pătrunderea uleiului în organism.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. No. 1.— Cazul Dr-ului Hryntschak. Uretrografie cu lipiodol. Se vede pătrunderea uleiului în circulaţia venoasă.

In faţa acestor cazuri pe cari le ştim şi cari au fost publicate, (câte cazuri n'or mai fi şi n'au fost publicate, deoarece nu se ştie că o injecţie cu ulei pe uretră şi mai ales pe o uretră în aparenţă sănătoasă, poate provoca o embolie mortală) cred că trebue să ne ridicăm în contra întrebuinţărei uleiurilor în uretrografii şi în terapia stricturilor.

Să nu uităm ce a spus Pasteau când a luat cuvântul la Soc. fr. d'urologie din 17 Dec. 1934: „Nous ne devons pas oublier que nouş vivons à une époque où les malades n'hésitent pas à s'en prendre aux responsabilités médicales et il n'est pas indifférent de montrer ici q'un praticien peut se trouver, sans faute lourde, en face d'accidents analogues à ceux dont il vient d'être parlé, et par conséquent sans qu'il doive en résulter pour lui des conséquences sur lesquelles il n'est pas besoin d'insister".

In ce priveşte aplicarea lipiodolului în uretrografie, eu mă mir cum se pot atribui atâtea avantagii acestei substanţe, când tocmai ea posedă două din cele mai importante desavantagii: e imiscibil cu lichidul conţinutului (în cazul nostru urină, secreţii glandulare) şi al doilea, marea lui vâscozitate face ca să aibă nevoe de o presiune mai mare pentru a pătrunde în orificiile glandulare. Dacă luăm să discernem puţin motivele pentru cari toţi cei cari întrebuinţează substanţele opace uleioase, nu vor să le părăsească, vom vedea cât de puţin rezistă ele unei critici serioase:

1. *„că lipiodolul şi substanţele iodate uleioase ar avea opacitatea cea mai mare"*. Eu am practicat sute de uretrografii cu soluţiuni de Uroselectan A şi cu torotrast şi nu am constatat niciodată vreun inconvenient datorit lipsei de opacităţi a acestor substanţe. (Vezi lucrările noastre).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Profesor D-r N. Hortolomei şi **D-r Traian Katz-Galaţi:** Contribuţiuni la studiul uretrografiei în rupturile uretrei. (Rom. Medic., 15 Dec. 1933).

Profesor D-r N. Hortolomei şi **D-r Traian Katz-Galaţi:** Contribuţiuni la studiul Roentgenologic al stricturilor uretrale. (Revista Ştiinţelor Medicale Nr. 10, Oct. 1933).

Profesor D-r N. Hortolomei şi D-r Traian Katz-Galaţi: Valoarea şi indicaţiunile radiografiei uretrei şi a glandelor anexe. (Rom. Medic., 1 Dec. 1933).

Profesor D-r N. Hortolomei şi D-r Traian Katz-Galaţi: Contribuţiuni la studiul radiografic al abceselor cronice ale prostatei. (Mişcarea Medicală Română Nr. 9—10/1933).

Profesor D-r N. Hortolomei şi D-r Traian Katz-Galaţi: Contribution au traitement endoscopique des abcès chroniques de la prostate. (Rev. Rom. Urologie Nr. 5/1935).

Nu trebue pusă chestiunea din punct de vedere al unei foarte mari opacităţi, când e vorba de viaţa bolnavilor noştri, ci a unei opacităţi suficiente.

2. *„că lipiodolul, în virtutea unor fenomene de capilaritate, ar avea o putere de penetraţiune foarte mare, ceeace este foarte important pentru diagnosticul formaţiunilor diverticulare ale ure-*

trei şi mai ales ale uretrei prostatice". In uretrografia uretrei posterioare se neglijează un factor foarte important şi anume, că pătrunderea substanţelor de contrast în uretra posterioară şi în orificiile glandulare ale acesteia, nu este în funcţiune de puterea de penetraţiune a substanţelor sau nu e datorită unor însuşiri speciale ale uleiurilor în general, ci e condiţionată de rezistenţa sfincterului intern şi menţinerii integrităţii şi contractilităţii pereţilor uretrei posterioare.

In toate publicaţiile amintite am obţinut clişee foarte clare, demonstrative cu soluţii apoase de uroselectan A. Unii confraţi se servesc foarte bine şi de o soluţie de iodură de sodiu 12—15%.

Condiţiunile esenţiale ale unei substanţe opace pentru obţinerea uretrografiilor sunt:

1. Să fie destul de opace faţă de opacitatea oaselor şi având în vedere profunzimea ţesuturilor la care se găseşte prostata şi glandele anexe; 2) să nu fie toxică nici iritantă pentru mucoasa uretrală pentru a nu produce bolnavului prin durerea provocată, un spasm; 3) să fie sterilizabile, cu omogeneitate perfectă; 4) să fie miscibilă cu urina şi secreţiile glandulare; 5) să fie uşor şi repede absorbabilă de ţesuturile peri-uretrale şi să fie bine suportată, dacă eventual ar ajunge în circulaţia generală. Or după cum se vede, substanţele uleioase nu corespund deloc acestor deziderate.

3. *„că lipiodolul ar fi un puternic antiseptic şi rămâne un timp îndelungat în cavităţile în care a pătruns"*. Şi aici voi răspunde, că nu facem o uretrografie pentru a antiseptiza uretra sau pentru a desinfecta anfractuozităţile şi formaţiunile diverticulare ale uretrei posterioare. Uretrografia este un mijloc de exploraţiune al formaţiunilor diverticulare ale prostatei, iar tratamentul lor e pur chirurgical, endoscopic. Deci dece să fim reţinuţi de o calitate care nu contează în scopul ce-l urmărim.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Partizanii lipiodolului (şi prin lipiodol înţeleg în general substanţele uleioase opace) susţin că trebuesc îndeplinite cu stricteţă o anumită technică şi anumite precauţiuni, pentru care să fim feriţi de vre-o complicaţie şi anume:

A. Injectarea soluţiei sub controlul radioscopic, sub ecran. Chevassu la Soc. fr. de urologie din 17 Dec. 1934, propune întâi injectarea a 10 cmc. lipiodol; dacă cu 10 cmc. nu se vede trecerea substanţei de contrast dincolo de sfincterul membranos, d-sa propune să se mai injecteze încă 2 cmc. de lipiodol. Dacă nici cu această cantitate nu se reuşeşte să se treacă uleiul în uretra posterioară, totul petrecându-se sub controlul radioscopic, propune să se renunţe în acea zi la uretrografie, fiindu-i teamă că ar putea deveni periculoasă. (Journ. d'urolog. T. 39 Nr. 2 pag. 170 şedinţa 17 Dec. 1934).

Nu înţeleg dece se încearcă a se face dintr'o exploraţiune care trebue să fie la îndemâna oricărui medic practician, cu o modestă instalaţie de Roentgen, o exploraţiune atât de dificilă ca aceea a injectării substanţei opace sub ecran, necesitând un personal mai numeros şi o instalaţie oneroasă. Iată ce obiectez eu în privinţa acestei technici:

In majoritatea cazurilor, dacă ne referim la uretra anterioară, sunt stricturaţii, cari beneficiază de uretrografie şi uretra unui stricturat nu mai permite introducerea a 10 cmc. de lichid şi deplisarea mucoasei ca într'o uretră normală: deci 10 cmc. plus 2 cmc. e destul de mult şi cantitatea e suficientă pentru ca la spastici sau la bolnavii cu mucoasa uretrei inflamată, foarte fragilă, sângerând la cel mai mic traumatism, să fie un motiv de penetraţiune a lichidului în sistemul venos. Apoi în momentul când am observat că lichidul pătrunde în sistemul venos, (şi cei cari au asistat la radioscopie, îşi dau seama cât e de greu să observi umplerea câtorva venule colaterale ale dosalei peniene) chiar dacă oprim injecţia, lichidul a pătruns, el e luat de curentul sanguin şi noi nu putem decât să luăm act că lichidul injectat a pătruns în sistemul venos. Accidentele emboliei nu depind de cantitatea de ulei introdus în sistemul venos (s'au injectat la câini şi 20—30 cmc. de ulei în vene şi câinii n'au sucombat) ci de modul de distribuire a uleiului prin plămâni şi centrii vitali. Deci efectuarea uretrografiei sub ecran nu are nici o raţiune decât doar când am vrea să studiem fiziologia micţiunii, ceeace formează un alt capitol. Dealtfel, Hryntschak din Viena, urolog care ca şi mine îşi face singur radiologia urologică, a întrebuinţat în cazul lui descris mai sus, technica injectărei uretrei, sub controlul radioscopic. La ce i-a servit această technică? A constatat pătrunderea uleiului în sistemul venos şi bolnavul lui a sucombat. Dar însuşi prof. Chevassu susţine în aceiaş şedinţă de la 17 Dec. 1934, în legătură cu observaţiunile d-lui Pasteau asupra morţii subite prin anestezia uretrală cu cocaină că: „J'avoue que dans un cas dans lequel je crains la possibilité d'une injection intraveineuse, je ne me permettrai jamais de melanger de la cocaine au liquide d'injection".

Prin cazurile mortale citate şi prin uretrografiile celor cari s'au ocupat cu producerea unui reflux uretro-venos, se aduc dovezi sigure că în cazul de uretrografii ne putem aştepta la o oarecare trecere a lichidului în circulaţia generală. Deci „a fortiori" trebue ca acest lichid să fie inofensiv odată pătruns în organism, aşa cum cu drept cuvânt s'a exprimat D-r Janet. „N'injectons dans l'urètre que des substances toxiques ou opaques capables d'être acceptées sans danger par le système veineux".

Putem noi oare prevedea sau ne putem noi oare înconjura de oarecari măsuri de precauţiune pentru evitarea acestui reflux?

Răspund cu toată seriozitatea pe care această problemă o comportă, că aceste măsuri există în parte numai, şi nu putem şti dinainte dacă vom avea sau nu un reflux uretro-venos. Cazurile pe cari am onoarea să le aduc înaintea Dv. vor dovedi afirmaţiunile mele:

Bolnavul M. A., 68 ani, starea generală foarte bună, a avut în antecedente acum 40—50 ani, câteva blenoragii; vine să mă consulte pentru arsuri pe uretră, disurie uşoară şi mai ales pentru o uretroragie foarte uşoară avută cu câteva zile înainte şi care n'a ţinut decât o zi. Prostata normală, urinile lim-

pezi, jetul subţire dar încă bine menţinut, neîntrerupt, suportă însă foarte greu spălăturile uretrale, chiar cu anestezie cu novocaină. Nu îndrăsneam să-i fac încă o explorație instrumentală, căci aproape după fiecare spălătură, fie că lichidul lua o culoare uşor rozată la sfârşit, fie că găsea peste noapte rufăria pătată cu puţin sânge. I-am prescris puţin piridium şi calciu pe gură, repaus, m'am abţinut dela orice manipulare uretrală şi patru zile dela ultima spălătură, bolnavul simţindu-se bine, fără nici-o hematurie vizibilă, îi propun să-i fac o uretrografie cu o soluţie de uroselectan A. 30%. Fac cu prudenţă toaleta uretrei anterioare şi injectez pe uretră, cu presiunea obişnuită, soluţia de uroselectan.

Pe clişeul Nr. 2 se vede cum din dreptul treimii posterioare a uretrei anterioare, substanţa de contrast a pătruns în sistemul venos, pătrundere care e şi mai abundentă la nivelul regiunei bulbare, acolo unde începe şi strictura. După uretrografie bolnavul a urinat fără nici o durere, iar la sfârşitul micţiunii, după exprimarea uretrei au apărut 2—3 picături uşor rozate.

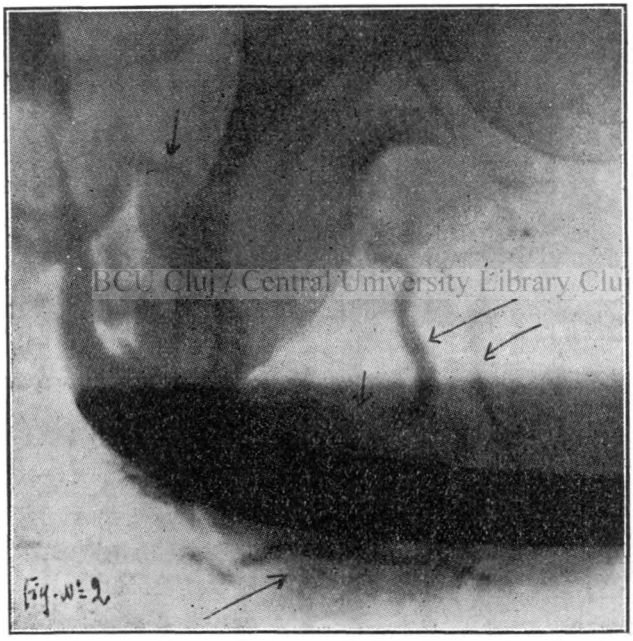


Fig. No. 2. — Uretrografie cu soluţie de uroselectan A. 30%. In dreptul săgeţilor se observă pătrunderea substanţei de contrast în circulaţia venoasă.

Iată refluxul uretrovenos apărând la un bolnav căruia nu i s'a făcut nici o explorațiune instrumentală şi căruia de 3 zile nu i se făcuse nici măcar o spălătură uretrală. Datorită precauţiunilor de asepsie, bolnavului nu i s'a întâmplat nimic. Nu ni se poate imputa brutalitate în manipulaţiune, căci toţi cei cari avem practica urologică şi o practicăm de zeci de ani, ştim ce

e o injecţiune uretrală. A fost destul doar uşoara presiune a lichidului injectat pentru ca mucoasa bolnavului, foarte fragilă să permită prin mici efracţiuni, pătrunderea lichidului în sistemul venos. Dacă în loc de substanţe opace cristaloide am fi întrebuinţat substanţe uleioase, cine ştie dacă această inofensivă exploraţiune nu ar fi provocat moartea pacientului. Puteam eu să prevăd acest fenomen? Şi chiar dacă l'aşi fi bănuit, câte zile ar fi trebuit să aştept şi ce criterii puteam eu avea că mucoasa uretrală nu mai e aşa de fragilă?

Cazul 2 va demonstra şi mai net, imposibiiltatea prevederii acestui reflux:

Bolnavul I. M. în etate de 40 ani, contractă acum 10 zile o uretrită gonococică pe care nu o tratează. Are un raport sexual şi în timpul coitului simte o durere mare pe uretră, iar la sfârşitul actului sexual, observă o uretroragie. Poate urina. Consultă un medic, care-l sfătueşte să se interneze în clinica bolilor căilor urinare (Prof. D-r Hortolomei) unde se prezintă a doua zi şi este internat. Penisul uşor oedemaţiat, puţin sensibil la palpaţie, cu o uşoară echimoză a jumătăţei posterioare a penisului, în partea inferioară. Se recomandă bolnavului repaus, prişniţe, pungă cu ghiaţă şi antiseptice pe gură, ceeace face ca uretroragia să diminueze în 2—3 zile şi să dispară complect a 5-a zi. A 9-a zi dela accident, bolnavul urina perfect, fără nici-o durere şi-i facem o uretrografie cu o soluţie de uroselectan A. 30%, înconjuraţi de toate măsurile de precauţiune şi asepsie. Bolnavul anesteziat, suportă foarte bine această exploraţiune şi pe clişeul alăturat (vezi fig. Nr. 5) se observă în dreptul săgeţii la locul unde a fost probabil o uşoară ruptură a mucoasei uretrale, pătrunderea lichidului în infiltraţia periuretrală, iar deasupra prin 3—4 braţe (venele colaterale ale dorsalei penisului) cum lichidul a pătruns prin aceste vene în vena dorsală a penisului şi apoi în vena bulbară şi ruşinoasă externă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

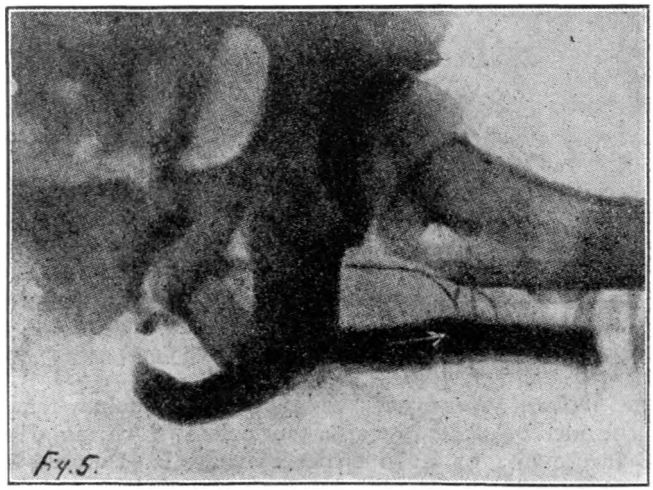


Fig. No. 5. — Clişeu din lucrarea publicată în Rom. Medic. 1933. Uretrografie cu uroselectan 30%. In dreptul săgeţii se observă o uşoară infiltraţie periuretrală şi de-asupra uretrei pătrunderea substanţei de contrast prin câteva venule colaterale în dorsala penisului.

Este unul din cele mai tipice cazuri de reflux uretro-venos şi această imagine, a fost mult timp luată de Langer şi alţi autori, drept o anomalie de uretră, drept o uretră dublă, până când lucrările lui Eichler şi Hendriok au arătat că aceste imagini sunt datorite refluxului uretro-venos. Deci această refluare a fost posibilă la un bolnav cu o ruptură a mucoasei uretrale destul de uşoară după datele clinicei, survenind 9—10 zile după accident dintre cari în 6 zile uretroragia încetase şi în care timp nu i se făcuse nici o traumatizare a uretrei lui, prin nici un fel de manevră terapeutică sau explorativă. Acest clişeu trebue să reţină atenţiunea noastră asupra fragilităţii unei mucoase inflamate, atunci când e vorba de spălături uretrale în uretritele gonococice.

Prin acest mecanism, ne explicăm noi azi acele cazuri de reumatism blenoragic, sau localizări gonococice la distanţă, survenite în primele zile ale unei uretrite gonococice sau după încercări de tratament abortiv. Uretrita, când e mai acută sau când găseşte o mucoasă uretrală mai fragilă, poate provoca mici soluţiuni de continuitate, cari să favorizeze trecerea gonococilor, în circulaţiunea generală, odată cu lichidul întrebuinţat pentru spălături, prin mecanismul arătat mai sus, prin acest reflux uretrovenos. Depinde de cantitatea de microbi, de virulenţa lor şi de starea de receptivitate a organismului, pentru ca să asistăm la diferite faze, începând cu o uşoară artrită monoarticulară, trecând prin stări septicemice cu diferite localizări şi terminând cu septicemia gonococică. Deci, recomand prudenţă în tratamentul uretritelor, în fază acută a uretritelor rebele întovărăşite de o uşoară uretroragie, prudenţă în alegerea şi dozarea cantităţii antisepticilor întrebuinţate pentru spălături şi prudenţă în selecţionarea cazurilor cari se pretează la un tratament abortiv.

Muzeul Casei Academiei Romane

Al 3-lea caz ne va demonstra şi mai bine de câtă prudenţă, asespsie şi blândeţe în manipulaţiune, trebue să ne înconjurăm atunci când tratăm un stricturat. Frisoanele cari se observă din când în când după o dilataţie uretrală găsesc încă o confirmare indubitabilă, în trecerea conţinutului septic al uretrei în circulaţia generală prin refluxul uretrovenos.

Bolnavul S. H. în vârstă de 42 ani, este un vechi stricturat cu tratamentul neglijat şi care-şi urma acum tratamentul ambulatoriu la consultaţiunile clinicei boalelor genito-urinare. Cum dilataţiunile nu progresau peste numărul 12 Charrière, am hotărît să-i fac bolnavului o uretrografie. In ziua fixată, bolnavul fără să ştie că nu trebuia să fie dilatat şi fără să ne spună şi nouă că a fost dilatat, se prezintă la serviciul radiologic şi după o toaletă prealabilă a uretrei îi injectez 40 cmc. de substanţă opacă (torotrast diluat în părţi egale). In clişeul Nr. 3, se observă cum la nivelul stricturei, substanţa de contrast a pătruns prin venele colaterale peniene şi de acolo în circulaţiunea generală, prin vena dorsală peniană paralelă cu uretra. Bolnavul n'a acuzat nici o durere la micţiune, doar ultimele picături erau uşor rozate şi nimic anormal n'a survenit, deoarece torotrastul este o substanţă bine suportată de organism chiar injectat în circulaţia venoasă sau arterială. Nu ştiu ce ar fi devenit şi acest bolnav dacă în loc de torotrast i-aşi fi făcut uretrografia cu ulei iodat. In acest caz am putea pune pe contul traumatismului instrumental

provocat de dilataţiunea uretrală făcută cu o oră înainte, provocarea refluxului uretro-venos.

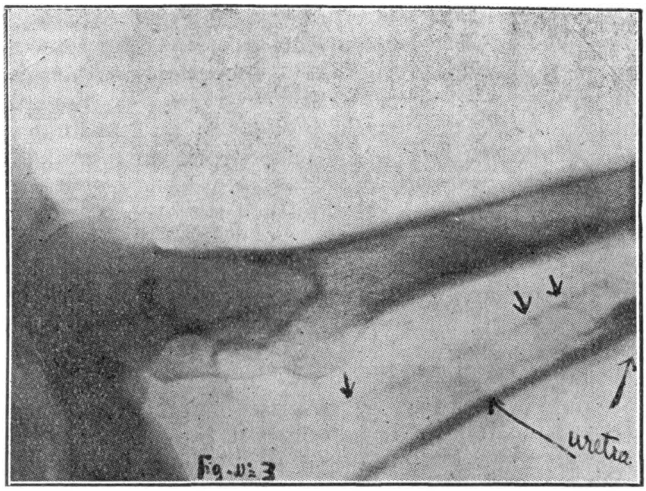


Fig. No. 3 Clişeu din lucrarea publicată în Journal d'Urologie 1933. Uretrografie cu torotrast. In dreptul săgeţii verticale se află locul stricturei. In dreptul săgeţilor cu vârful în jos se observă pătrunderea substanţei de contrast în venele colaterale şi în dorsala penisului.

In uretrele infectate, inflamate, cu stricturi, manipulaţiunile instrumentale sau chiar numai spălăturile, trebuesc făcute cu cea mai mare prudenţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sper că aceste 3 cazuri vor fi dovedit îndeajuns că trebue să renunţăm la întrebuinţarea uleiurilor iodate în uretrografii şi la întrebuinţarea uleiurilor în general pentru dilatarea forţată a uretrei, în stricturile aşa zise infranşisabile. Nu putem prevedea întotdeauna provocarea acestui reflux, dar faptul existenţei lui din ce în ce mai des, trebue să ne facă să întrebuinţăm o substanţă opacă, care eventual intrată în circulaţiunea generală să fie inofensivă. Din partea mea, nu doresc nimănui să fi trăit momentele de groază prin cari au trecut medicii, atunci când le moare în cabinetele de consultaţie, sau 2—3 zile după aceea, un bolnav, în urma unei embolii uleioase, provocate de o injecţie uretrală, fie că a fost făcută în scop terapeutic sau explorativ.

Dacă în Franţa, această chestiune a putut ridica discuţiuni atât de aprinse la cari au luat parte Janet, Pasteau, Chevassu, Legueu, Marion, şi dacă acolo s'a pus chestiunea responsabilităţii medicale, mă întreb ce se va petrece la noi dacă s'ar întâmpla vre-unui confrate un asemenea caz faţă de noul cod penal? De altfel eu studiez acum experimental întreaga chestiune a emboliilor uleioase şi pot după acum să anunţ, că un mare întuneric mă înconjoară în ce priveşte acţiunea uleiului injectat intravenos şi cauzele morţii prin embolie uleioasă. Am injectat la câini intravenos 20—30 cmc. de ulei şi în afară de uşoare turburări res-

piratorii (dispnee, accelerare de puls), nu am observat nimic deosebit, câinii continuând să trăiască. Probabil repartizarea uleiului din circulaţia pulmonară, vâscozitatea lui, toxicitatea substanţelor pe cari le conţine şi alţi factori pe cari nu-i cunoaştem încă, să poată să-mi aducă vre-o explicaţiune mai concretă. *Rămâne stabilit însă, că putem printr'o uretrografie cu Lipiodol, produce o embolie uleioasă, că putem printr'o uretrografie cu Iodipine să provocăm o embolie cu sfârşit letal,* şi că se poate provoca moartea în câteva minute prin injectarea sub presiune a uleiului la cei cu stricturi uretrale. Clişeele pe care le-am prézentat, aduc o contribuţiune la mecanismul pătrunderii acestor substanţe în circulaţia venoasă şi deschid noi motive de cercetare a chestiunei de ansamblu a emboliei uleioase.

D-r TRAIAN KATZ-GALAŢI: *Die Gefährlichkeit von Injektionen öliger Substanzen in die Urethra, gleichzeitig ein Beitrag zur Frage des Urethro-venösen Refluxes.*

Unter Urethro-venösen Reflux versteht man das Eindringen von Urethra Inhalt in die Venen des Penis und von dort in den Blutkreislauf. Röntgenbilder zeigen die Möglichkeit dieses Refluxes. So erklären sich die Oelembolien mit urethralen Ausgangspunkt. Man kennt letale Fälle nach Urethrographien mit Lipijodol. Der Autor bringt auch Fälle von Reflux bei Menschen mit völlig gesunder Urethralschleimhaut, und verlangt Verzicht auf ölige Injektionen in die Urethra, sei es nun zu therapeutischen, sei es zu diagnostischen Zwecken.

D-r TRAIAN KATZ-GALAŢI: *Le réflux urétro-veineux et le danger de l'emploi des substances huileuses dans l'urètre.*

On appelle reflux urétro-veineux le passage dans la circulation générale, par les veines urétrales, des liquides injectés dans l'urètre. On montre par des clichés radiographiques le mécanisme de ce reflux. C'est ainsi qu'on explique les embolies huileuses à point de départ urétral. On a signalé des cas mortels même avec des huiles iodées, comme l'iodipine, employées en urétrographie. L'auteur nous montre des observations avec la possibilité de production de ce reflux même, chez les individus dont la muqueuse urétrale est en apparence intacte. On attire, l'attention sur l'éxistence d'embolies huileuses soit que ces substances ont été employées a but thérapeutique, soit pour l'exploration.

Marea marcă dintre
Antisepticele Urinare
şi Biliare

URASEPTINE
Rogier

Dizolvă şi alungă Acidul Uric

Literatură şi eşantioane
STUDERUS & Co.
Bucureşti, Str. Sft. Gheorghe No. 29

ORCHITA PRIN EFORT

(Diagnostic diferenţial cu afecţiunile glandei genitale, în relaţie cu efortul)

de

Doctor DAN E. MOUCHA

Chirurg secundar al spitalului «Regina Maria» Chişinău.

Traumatismul glandei genitale scrotale poate fi direct (contuzie directă) sau „indirect" (prin efort muscular).

Vom distinge astfel orchitele traumatice, în acelea pure traumatice (prin contuzie directă) şi acelea prin efort.

De fapt, dificultatea, de multe ori, în diagnostic o prezintă acestea din urmă cu toate că au fost foarte contestate de unii autori în ceeace priveşte patogenia lor. In acest studiu voiu vorbi despre acest fel de orchite.

In Cazul clinic ce face subiectul acestei lucrări, este vorba de un tânăr ţăran de 29 ani, căsătorit. Intră în spital în ziua de 10 Martie a. c., pentru dureri inguino-scrotale la dreapta, cu iradiere înspre regiunea lombară respectivă şi tumefacţia bursei drepte la care de altfel acuză maximum de suferinţă. Nu prezintă nimic important de reţinut din antecedentele sale heredocolaterale. Relativ la antecedentele sale personale bolnavul este foarte afirmativ, asigurându-ne că a suferit numai de câteva accese de paludism în cursul anului 1932. Cât priveşte boala lui actuală, el ne povesteşte că în ziua de 7 Martie a ridicat un car neobicinuit de greu. A simţit imediat în regiunea scrotală dreaptă o durere mare cu iradiaţii inguino-lombare, durere ce s'a atenuat de altfel, repede. După o zi de calm relativ, el resimte aceleaşi dureri, iar a doua zi observă, cu ssurprindere, c ătesticolul său drept este tumefiat şi dureros la atingere. Atunci vine imediat la spital.

Examinat, observăm mai întâi că avem de a face cu un tânăr şi voinic ţăran. Cercetând diferitele lui aparate, nu găsim nimic anormal. Are un abdomen suplu fără contractură nici diformare. In regiunea inguinală găsim puţină sensibilitate la palpare. Bursa dreaptă este moderat tumefiată având massa sa glandulară prezentă în punga scrotală şi sensibilă uniform aproape, dar mai ales la polul său superior. Epididimul este — ca şi glanda testiculară — tumefiat uniform dar nu „reliefat". Nu se percep noduli epididimotesticulari, nici alte neoformaţii. Se percepe doar o mică fluctuenţă pe socoteala vaginalei. Deferentul puţin sensibil nu este modificat comparativ cu cel stâng. Tegumentele bursei bolnave au pliurile destul de puţin şterse. Au puţin oedem cu oarecare eritem şi căldură locală. Orificiile externe ale canalelor in-

guinale nepenetrabile. Meat uscat, urini clare la emisie proaspătă. Defecaţie normală. Are puţină temperatură (37,8) cu un puls concordant, şi bine bătut. Apetitul conservat, nu are greaţă. Tuşeul rectal — ca ultimă cercetare clinică — ne arată o prostată normală, fără a fi dureroasă şi lipsită de noduli.

Acesta este tabloul clinic prezentat de bolnav în ziua de 7 Martie 1936.

Pentru DIAGNOSTICUL DIFERENŢIAL am împărţit afecţiunile posibile în două grupe. Menţionez dela început că interesându-ne în special *chestiunea efortului asupra aparatului testicular* am insistat în gruparea a doua, mai mult asupra lui.

I grup: Afecţiuni microbiene. La unele din acestea efortul poate fi luat ca factor adjuvant, adică declanşant. In această categorie sunt primele două afecţiuni.

Epididimita neisseriană are un tablou clinic caracteristic.

Reamintesc totuşi câteva din aceste caractere: în cazul prezenţei picăturei uretrale se vor găsi — este drept nu totdeauna — diplococii Gram negativ (nu se găsesc totdeauna în blenoragiile cronice); aspectul local al bursei cu o tumefacţie foarte accentuată şi cu capul epididimar foarte mărit, extrem de sensibil. In fine, bolnavul este intens febril, iar o examinare mai complectă îi găseşte deferentita, prostatita...

De altfel ideia despre o astfel de „orhită" ne poate veni în minte atunci când coexistă efortul cu simptomele testiculare de mai sus şi când găsim în trecutul mai recent sau chiar uitat o blenoragie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu vorbim de cazurile prea evidente când, chiar în acel moment bolnavul are o scurgere uretrală.

Orhita tbc. a lui Duplay-Reclus prezintă un caracter acut ce coincide uneori cu un efort. Prezintă însă şi *noduli* caracteristici epididimari bilaterali şi prostatici. Se mai observă frecvent şi semne de tbc. urinară sau chiar pulmonară. Un bun element pentru diagnostic este şi natura secreţiei uretrale care în majoritatea cazurilor este departe de a lipsi.

Orchita urliană, când precede tumefacţia parotidiană are un tablou clinic caracterizat prin acces de febră (40°). Cu toate că local se observă un testicol mare şi greu, el este însă foarte puţin sensibil, iar epididimul complect sănătos. Mai mult, acestei faze acute — ce dispare repede — îi urmează tumefacţia parotidiană, ce semnează sigur afecţiunea.

Mai caracteristice poate, şi fără a avea legătură cu afecţiunea care ne preocupă, sunt orchitele gripale, paludiene, etc. Aceste afecţiuni au un tablou clinic bine caracterizat.

II Grup: Va privi pseudo-orchitele traumatice fie chiar rezultante ale unui efort, fie doar în legătură ocazională cu acesta. Astfel aş putea spune că efortul ar avea pentru acestea din urmă un rol *ocazionant*, pe când pentru celelalte (adică orchita prin efort) ar fi *cauzant*.

In orchitele unde efortul îl consider ca factor *ocazionant*, avem:

a) *Torsiunea cordonului spermatic* poate rezulta — după Jeanbrau — din contracţia muşchilor abdominali, dar chiar şi

numai din contracţia cremasterului, produsă prin un efort puternic.

Efortul deci poate fi considerat ca factor *ocazionant* pe lângă factorii predispozanţi: ectopii — cei mai frecvenţi factori predispozanţi, o mare mobilitate a glandei din cauza unui mezorchium foarte lung. Pe lângă aceşti factori predispozanţi, Murray şi Wiart mai admit — ca fiind cel mai probabil — un anumit grad de torsiune congenitală care sub influenţa factorului ocazionant (efort sau congestie) se exagerează determinând brusc accidente.

Pentru Odasso lungimea anormală a cordonului este cauza predispozantă, iar contracţia cremasteriană cea ocazionantă. Cantelmo consideră aceiaşi cauză ocazionantă, iar volvulusul ar rezulta din brusca reîntoarcere a vaginalei după bisturnaj, ceeace face ca testicolul să rămână torsionat. Factorul predispozant se găsea într'un caz al lui Segato, datorită absenţei legamentului scrotal: astfel glanda se găsea într'o poziţie înaltă în scrot. Este foarte dificilă uneori dar totuşi aşa de necesară, diferencierea urgentă, între o torsiune de cordon şi o orchită prin efort atunci când glanda este în scrot, iar noţiunea de efort bine stabilită.

Intr'un caz al lui Schumacher, torsiunea a adus necrobioza septică a glandei.

Este drept că diagnosticul era dificil după fenomenele prezentate dar mai ales după evoluţia lor favorabilă. Este astfel interesant a aminti că această amendare a fenomenelor locale după un efort urmat de dureri mari se mai poate observa — în afară de eventualitatea de mai sus — în: torsiunea urmată de atrofia testiculară (necrobioza aseptică); în torsiuni urmate de detorsiuni (astfel de cazuri ne comunică Guérin, Leroy, Borchgrevink, etc.); orchita prin efort şi în fine câteodată în cazurile torsionării hidatidei sesile a lui Morgagni.

Thoreck şi Irk ne vorbesc chiar de cazuri de torsiuni complecte — din cele mai grave — la cari dacă operaţia nu este făcută extrem de urgent castraţia este necesară! Din fericire această formă supraacută de torsiune, care ar fi după Perard şi Arviset cea mai comună, prezintă un tablou clinic aşa zicând tranşant faţă de alte orchite cu sau puţină legătură cu efortul; astfel apar mai întâi simptomele peritoneale, apoi după câteva ore tumefacţia dureroasă care atinge maximum în câteva zile. Desigur însă că în acest caz gangrena glandei este inevitabilă dacă nu se intervine precoce.

Dificultatea unui diagnostic între torsiune (mai frecventă ce este drept la ectopici) şi afecţiunea ce studiem este atunci când avem: efort, glanda prezentă în scrot, fenomene generale şi locale atenuate (când sunt mai alarmante atunci problema se îndreaptă spre o torsiune). Este drept că prezenţa glandei torsionate în bursă este o eventualitate destul de rară. Când există, massa crede, că în acest caz „un bun semn" l'ar constitui poziţia înaltă în bursă a acestui testicol tumefiat şi dureros. După Segato explicaţia acestei poziţii ar fi în absenţa ligamentului scrotal.

Perard şi Arviset admit ca o formă subacută a simptomelor în favoarea unei torsiuni trebue să ne îndrepte gândul spre o tu-

berculoză. De fapt credem că trebue adăugat că atunci când există, ca la aproape orice „tablou de torsiune", şi noţiunea de efort, trebue deci admisă şi posibilitatea pentru chiar numai o simplă orchită prin efort. Adică un tablou sub-acut de „torsiune" poate fi: fie realmente o *torsiune*, fie o *tuberculoză*, fie o simplă *orchită prin efort*. Fiecare din acestea au după cum am văzut şi vom vedea şi mai departe elemente destul de bune pentru diagnosticui diferenţial.

Pentru a diferenţia cât mai repede torsiunea trebue să avem în minte preceptul că aceasta îşi are pronosticul sub dependinţa *duratei* dar mai ales al *intensităţii simptomelor:* semn la rându-i *al intensităţii stricţiunei.*

Astfel că dintre cele trei afecţiuni care pot avea câteodată un tablou clinic foarte apropiat, adică torsiunea de cordon, torsiunea de hidatită şi orchita prin efort, ultimile două afecţiuni sunt dintre acelea cari „pot aştepta", prima însă nu. Am văzut astfel că această afecţiune impune intervenţie cât mai rapidă. Aceasta a dovedit-o experimental şi Putzu care a stabilit că atunci când se intervine în cele 30 ore consecutiv torsiunei de cordon, testicolul poate fi conservat, dacă se detorsiunează cordonul. Peste această limită trebue practicată castraţia pentru ca să se evite accidente locale şi generale. Desigur că în linia de conduită contează şi starea leziunelor constatate de visu (Putzu).

b) *Torsiunea hidatidei lui Morgagni* prezintă un tablou clinic mai puţin evident, dar în schimb neintervenţia de urgenţă nu expune bolnavul la accidentele serioase ce pot surveni în cazurile similare de torsiuni de cordon.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Astfel Rocher şi Pouyanne operară recent un tânăr după trei zile dela începutul unei „orchite acute primitive" şi găsiră o foarte voluminoasă hidatidă (de mărimea unui testicol), torsionată.

Constantini, Curtillet şi Torrei publicară un caz mai interesant: un om bătrân simte cu trei luni înainte o durere testiculară mare cu ocazia unui efort, apoi observă formarea progresivă a unui „hidrocel". Perzistenţa durerilor îl aduse la spital. La operaţie se găsi o hidatidă torsionată infarctată.

Simptomele prezentate de un bolnav al lui Rutolo erau foarte apropiate de tabloul unei orchite prin efort: tumefacţie şi roşeaţă locală moderate, cordon normal, tumefacţie accentuată a polului superior al glandei unde exista un fel de „proeminenţă" neregulată, epanşament vaginal în cantitate mică, noţiune de efort. Simptomele se atenuară după ghiaţă şi repaos şi atunci se simţi palpându-se porţiunea antero-externă a polului superior testicular, relieful unui „corp" rotunjit distinct de capul epididimar. Se bănui atunci existenţa unei hidatide torsionate, fapt ce se confirmă la operaţie.

De un diagnostic dificil sunt cazurile unde hidatida are un pedicul foarte scurt: atunci edemul glandular ascunde micul corpuscul, iar diagnosticul pre-operator este aşa zicând imposibil, după Fevre care operă un asemenea caz.

Din cele văzute până acuma se vede bine că uneori tabloul clinic al afecţiunei caracterizate de Albert Mouchet este aproape

similar afecţiunei ce face obiectul acestui studiu. Astfel în torsiunea de hidatidă există: o febră puţin marcată, dureri relativ destul de accentuate (dar nu intolerabile), o scurtă durată a fenomenelor acute şi în sfârşit noţiunea frecventă a unui efort

Totuşi torsiunea de hidatidă este drept că este mai frecventă la copii şi tineri, pe când orchita prin efort aparţine aproape exclusiv adultului viguros.

Albert Mouchet consideră tabloul clinic de mai sus, plus simptomele locale pe care le-am văzut, ca destul de suficient pentru diferencierea de o torsiune de cordon.

Rutolo consideră că tabloul clinic format din: simptome locale atenuate, dureri de intensitate moderată, temperatură mică, scurtă durată a accidentelor, regresiune rapidă, ca fiind suficiente pentru a separa torsiunea hidatidei de: orchita tbc. acută, orchitele traumatice (desigur cele acute prin efort), orchitele acute şi torsiunea de cordon.

Am văzut că acest autor găsise şi relieful unui corp rotunjit, situat pe porţiunea antero-superioară a glandei genitale, corp mai sensibil decât restul massei glandulare.

Leveuf şi Olry, Broter şi Coyte în câteva cazuri unde pielea scrotală era foarte destinsă, cordonul edematos, şi bursa foarte tumefiată au putut totuşi pune diagnosticul pre-operator apreciind acest mic corpuscul (adică chiar hidatida însăşi torsionată) la polul superior al massei glandulare.

Michel şi Nicolleau bazându-se pe integritatea cordonului şi mai ales prin găsirea unei dureri localizate într'un punct situat pe marginea anterioară a testicolului în vecinătatea epididimului, separă astfel torsiunea hidatidei de orchita prin efort.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

c) Asupra unui *testicol mobil* contractia musculară produsă prin efort poate produce uneori *colica testiculară* a lui Gérard-Marchand: glanda este ridicată la inel sau în traectul inguinal. Această afecţiune — pe care o pomenim în treacăt — dă însă un tablou clinic oare-cum caracteristic: *dureri inguinale violente,* ce iradiază spre abdomen şi în sfârşit, ceeace este patonomonic, pe lângă simptomul de mai sus, este poziţia glandei, evadată din scrot.

d) La indivizii cu varicocel, ruptura unei vene varicoase, consecinţa unei contracţii musculare, poate aduce un *hematon funicular.*

* * *

Rămâne de studiat şi mai pe larg orchita acută prin efort, aceia pe care am considerat-o că ar fi datorită efortului ca factor *pur cauzant.*

Antonelli într'un studiu mai vechi (1911), admitea ca necesară producerii orchitei prin efort, o cauză predispozantă: „munca continuă şi obositoare". Ar rezulta — după acest autor — că un testicul iritat prin compresiuni repetate (pe punctul de a ajunge la o adevărată contuzie) şi prin otrăvurile de oboseală ar găsi în episodul efort alte grave condiţii de boală realizate prin apropierea pilierilor inguinali (datorită tensiunei muşchilor abdominali), cor-

donul ar suferi o strangulare având consecinţă tumefacţia deferentului, astuparea lumenului său, staza sanguină, retenţie de spermă, fenomene la care se poate adăoga infecţia dacă căile genito-urinare sunt contaminate.

O atare explicaţie în care se admite că efortul priveşte muşchii abdominali şi prin contracţia lor au loc fenomenele de mai sus, nu ar putea fi plauzibilă decât la cazuri excepţionale de eforturi destul de mari repetate la intervale.

In aceste cazuri, numai, s'ar putea vorbi de un factor predispozant, nu însă acordându-se efectul contracţiei pe socoteala muşchilor abdominali. De altfel la aceste cazuri credem că un efort mai mare decât „munca continuă şi obositoare" ar găsi glanda aşa zicând obicinuită cu contuziile ce le sufere sistematic.

Cum majoritatea — dacă nu toate — a orchitelor prin efort survin la subiecte viguroase cu ocazia unui efort mare, ne raliem în totul explicaţiei mecanismului ei dat de Tillaux: brusca contracţie a unui cremaster în timpul unui efort puternic ridică testicolul şi-l proiectează de arcada pubiană. Rezultă o contuzie (pe care am putea s'o numim foarte bine o contuzie *„internă"* spre deosebire de contuziile externe, obicinuite).

In mecanismul dat de Tillaux, factorul „contracţiei cremasteriane puternice" este rezultanta a unui efort. Deci efortul îl putem considera ca un factor pur cauzant.

Dacă atunci când avem în faţa noastră un om tânăr şi viguros care a ridicat ceva greu, ne vine în minte ideia unei orchite prin efort, atunci, ca să putem să avem elemente de susţinere în favoarea unei aceste ipoteze, *trebue ca testicolul să fie în poziţie normală, iar căile sale genito-urinare să nu fi avut, nici să nu aibă vre-o maladie microbiană.* Pe lângă aceste două elemente capitale, credem că s'ar mai putea adăuga şi condiţiunea ca pe lângă simptomele locale şi generale caracteristice şi condiţiunea ca massa sa glandulară bolnavă să fie lipsită de neo-formaţii. Găsind aceste toate elemente, diagnosticul în favoarea unei orchite prin efort este foarte uşor, aproape.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Efortul poate fi unic sau repetat. Ceeace desigur contează mai mult este intensitatea lui. In cazul bolnavului nostru a fost vorba aproape de un efort unic.

Un medic militar francez, Botreau-Roussel publică un caz recent tipic de orchită datorită unor eforturi repetate.

Revenind la cazul nostru înţelegem lesne ce elemente au fost în favoarea stabilirii diagnosticului de orchită prin efort. De altfel evoluţia ulterioară după instituirea tratamentului pentru această afecţiune a confirmat în întregime diagnosticul. Astfel după punerea în repaus complect, suspendarea burselor cu ghiaţă pe ele, şi o injecţie de morfină, fenomenele s'au amendat repede, astfel că bolnavul părăseşte spitalul după cinci zile, păstrând doar o vagă senzaţie de sensibilitate la polul superior al glandei sale contuzionate. Evoluţia a fost deci normală. Antonelli atrage atenţia că după o astfel de orchită pot fi posibile următoarele complicaţii: nevralgiile şi supuraţiile.

CONCLUZII

1) *Orchita prin efort are mecanismul aproape totdeauna aşa cum a fost explicat de* Tillaux. *Contuzia glandei reprezintă numai efectul cauzant al efortului rezultant al unei contracţii cremastierene violente.*

Orchita acută prin efort poate fi uşor deosebită de alte orchite cu care ar avea comunitate efortul, care la aceste orchite este numai un factor favorizant.

Dificultatea cea mai mare de diagnostic — şi cea mai urgent necesară — este cu unele cazuri de torsiuni de cordon ale unui testicul normal ca poziţie.

2) *Elementele în favoarea unei orchite prin efort sunt:*

a) *Noţiunea unui efort violent, la un adult viguros;*

b) *Lipsa unei scurgeri uretrale (când există este semn pentru o gonococie sau tuberculoză genitală);*

c) *Absenţa unei stări infecţioase (adică febră ridicată, stare generală alterată: când sunt prezente posibilitatea de orchite gripale, colibacilare, etc.);*

d) *Lipsa de noduli glandulari şi prostatici (prezenţi în orchita tuberculoasă al lui Duplay);*

e) *Poziţia normală a glandei în bursa sa scrotală (poziţia ridicată, semn în favoarea unei torsiuni de cordon);*

f) *Lipsa unui* punct *mult mai dureros situat la polul superior al glandei şi absenţa unui* corpuscul *situat în acelaş loc (când unul din aceste semne este prezent atunci este mare probabilitate de o torsiune a hidatitei);*

Babeş-Bolyai Cluj Central University Library Cluj

g) *Lipsa fenomenelor de peritonism (acestea sunt aproape regulat constante în torsiunea cordonului);*

h) *Caracterul sub-acut al fenomenelor locale şi generale cu tendinţa la o regresiune rapidă (dificultate de diagnostic, întrucât sunt comune cu afecţiunea lui Mouchet).*

3) *Această afecţiune este considerată ca benignă aproape totdeauna şi se vindecă printr'un tratament simplu.*

BIBLIOGRAFIE

1) *Antonelli:* Rivista Opedaliera Nr. 24 pag. 1028 an. 1911. — 2) *Botreau Roussel:* Presse Médicale Nr. 100 pag. 1627 an. 1929. — 3) *Borghgrevink:* Norsk Magazin for Laegevidenskaben Nr. 2 an. 1921. — 4) *Brendolan:* Il Policlinico fasc 1 an. 1928. — 5) *Broster, Coyte:* The Britisch med. Journ. Jan. an. 1929. — 6) *Constantini, Curtillet, Torrey:* Presse Médicale Nr. 18 pag. 355 an. 1933. — 7) *Duplay, Rochard:* etc. Diagnostique Chirurgical ed. VIII. — 8) *Fevre* Ann. d'Anatomie Pathologique Nr. 6 Juin 1929. — 9) *Irk:* Zentralblatt für Chirurgie Nr. 23 an. 1926. — 10) *Guerin:* Presse Médicale Nr. 127 an. 1935 pag. 532. — 11) *Jeanbrau:* in Précis de Patologie Chirurgicale tome V 1928. — 12) *Leroy M.:* Congrès Français d'Urologie. Octomb. 1928. — 13) *Lehrnbecher:* Zentralblatt für Chirurgie t. LV, Nr. 26 30/VI 1926. — 14) *Massa:* Il Policlinico fasc. V 1925. — 15) *Murray:* The Britisch med. Jour. Nr. 2688 an. 1912. — 16) *Michel, Nicolleau:* Presse Médicale Nr 56 pag. 624 an. 1923. — 17) *Mouchet Albert:* Presse Medicale Nr. 43 pag. 484 an. 1923. — 18) *Odasso:* Il Policlinico fasc 6 1925. — 19) *Putzu:* La clinica chirurgica t. XX Nr VII pag 1295 an. 1912. — 20) *Rocher, Pouyanne:* Presse Médicale Nr. 12 pag. 229 an. 1935. — 21) *Perard, Arviset:* Journal d'Urologie, Janvier 1928. — 22) *Rutolo:* Gaz. Degli Ospedali e dello cliniche Nr. 92 Nov. 1923. — 23) *Rutolo:* Arch. Ital. di chirurg fasc. 2 Ian. 1927. — 24) *Segato:* La clinica chirurgia fasc 1 an. 1929. — 25) *Schumacher:* Schweizensche Rundschau für Medizin Nr. 8 Fev. 1911. — 26) *Thoreck:* Ann. of. Surgery Nr. 6 1925. — 27) *Tillaux:* Traité d'Anatomie topographique.

CATEVA DATE ŞI CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNEI FORME ATIPICE DE BOALA SERULUI

de

D-r MARIUS L. PARASCHIVESCU

Boala serului prezintă şi forme atipice.

In cazul de mai jos sunt complect atipice: debutul pur meningeal, neobişnuit în cazurile de administrare a serului pe cale subcutanată şi intramuşculară; tardivitatea apariţii accidentelor şi durata lungă a evoluţii lor; caracterele exantemului urticariform şi anume: apariţia lui numai la câteva zile dela debut, absenţa complectă a pruritului, localizarea în special toraco-abdominală; gravitatea tabloului clinic.

Tratamentul instituit, preventiv şi curativ, a fost variat, mecanismul reacţiilor serice în special al celor tardive — fiind încă neelucidat.

Bibliotheca Universitatis Iassiensis

Marea extensiune a seroterapiei, a făcut ca accidentele serice să fie destul de frecvente şi de bine cunoscute în practica medicală, astfel în cât se poate spune că ele constituesc o problemă care, lăsând la o parte chestiunea patogeniei, nu cuprinde prea multe necunoscute.

Accidentele serice — al căror studiu clinic este fără îndoială capitolul cel mai bine cunoscut astăzi — sunt împărţite în:

a) Accidente care se prezintă după o primă injecţie de ser care sunt: *precoce* sau *tardive,* la 7—12 zile, aceasta din urmă alcătuite în deosebi din manifestările aşa numite „boala serului": exantem de regulă urticariform, generalizat, pruriginos, sau morbiliform, scarlatiniform, marginal, polimorf — etc., apoi oedem, febră, altralgii, mialgii şi diverse alte simptome, de localizări viscerale (meninge, aparatul cardiovascular, căi respiratorii, rinichi, etc.).

b) Accidente serice de reinjecţie.

Acestea pot fi de asemenea: *imediate,* de regulă foarte grave, date fiind natura şi înfăţişarea lor de şoc anafilactic şi *tardive* cele

mai frecvente, cu aceleaşi manifestaţii de boală a serului, ca în cazurile de primă injecţie.

Boala serului, în afară de formă comună în care intră simptomele arătate mai sus, prezintă şi forme fruste, sau incomplecte, apoi, forme grave şi forme atipice (Weissenbach, Gilbert, Dreyfuss).

In regulă generală, în afară de paraliziile post seroterapice cari prezintă o evoluţie serioasă şi sunt adesea durabile (Lhermite Engelmann, De Lavergne, Sicard, Sézary) accidentele serice obişnuite prezintă cele 2 caractere bine cunoscute de *benignitate* şi *fugacitate*, elemente preţioase pentru diagnosticul lor, în deosebi în cazurile atipice.

Alteori ele se prezintă însă sub aspecte, cari pun probleme destul de grele de diagnostic şi mai ales de terapeutică — insuficientă în special prin necunoaşterea precisă a mecanismului lor (Weissenbach).

Având ocazia să întâlnesc un astfel de caz de boală a serului, interesant prin raritatea şi complexitatea tabloului clinic sub care a evoluat, am crezut util să-l dau publicităţii.

Bolnavul G. G., student de 21 ani, prezintă la 18 Martie a. c., un sindrom desinteriform, pe care clinica şi examenele de laborator (D-r Cărăuşu) în confirmă ca o desinterie cu bacili dez. specifici pentru care i se administrează la 19 Martie 80 cm. ser antidizenteric, subcutanat şi intramuscular.

Dezinteria evoluiază normal, totul intrând în ordine în câteva zile, bolnavul restabilindu-se treptat destul de repede, astfel că la 27 Martie, a putut fi considerat ca complect sănătos.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu toate că s'a putut stabili că bolnavul nu mai făcuse nici o injecţie de ser şi nici nu ingerase niciodată în scop terapeutic vreun ser animal, despre care se ştie în prezent că pot provoca şi „per os" atât reacţiuni serice cât mai ales sensibilizare a organismului, creind stări de anafilaxie (Gorin, Imbert şi Rousset, Weissenbach) i s'a administrat totuşi serul antidizenteric, întrebuinţându-se metoda antianafilactică, de desensibilizare, după Besredka.

Insfârşit, pentru evitarea eventualelor accidente serice tardive, fiindcă este ştiut că prin metoda Besredka se evită numai accidentele serice, imediate, s'a administrat după metoda preconizată de Levy — efedrină în tablete, pe care însă bolnavul nu a luat-o decât 9 zile, iar în zilele 5—9 după injecţie s'a adăogat şi Cl 2 Ca 3 gr. per os.

La 1 Aprilie sunt chemat să revăd bolnavul care se simţea din nou rău, de astădată prezentând însă o puternică cefalee care se instalase de 4 zile (dela 29 Martie) cu debut destul de brusc, pentru a se accentua progresiv, ajungând foarte intensă, însoţită de febră 38,5 dim. 39,8 seara, constipaţie, greaţă şi insomnie. La examen constat şi o uşoară redoare a cefei — şi Kernig pozitiv.

Cu tot acest tablou meningeal net, legându-mă atât de condiţiile apariţiei lui, la 11 zile după injecţia cu ser antidizenteric, cât mai ales de faptul că mi s'a spus că bolnavul a avut şi perioade în care s'a simţit bine, ca şi de-o uşoară durere pe care o prezintă la genunchiul drept, prescriu clorură de calciu (4 gr. pe zi) şi adrenalină per os şi câteva cachete antinevralgice, adică un tratament p. boala serului.

Revăzut a doua zi prezintă aceleaşi simptome cărora însă s'a adăogat

violente artralgii, articulațiile fiind prinse aproape în totalitatea lor, ușor tumefiate, nespus de dureroase, în deosebi la mișcări — astfel că bolnavul zace complect imobilizat.

Sunt prinse atât articulațiile mari cât și cele mici, ale tuturor membrelor.

Diagnosticul de boală al serului este mult întărit prin prezentarea acestor artralgii — astfel încât se continuă tratamentul cu Cl 2 Ca și adrenalină.

In ziua *următoare* se prezintă însfârșit încă unul din semnele boalei serului, o erupție urticariformă, destul de anormală însă atât ca topografie, dată fiind localizarea ei numai pe reg. ant. toraco-abdominală și rădăcinele membrelor cât și ca simptomatologie, nefiind însoțită deloc de prurit.

Se continuă tratamentul cu Cl 2 Ca pe cale bucală — neputându-se administra parenteral — iar adrenalina se adminstrează în injecții (3 injecții subcutanate a $1/2$ mgr. în 24 ore), fiecare injecție aducând pe lângă o stingere destul de caracteristică a erupției — care se producea la 12—15' dela injecție, durând câteva ore, și-o netă ameliorare a artralgiilor. In ziua de 4 Aprilie erupția dispare aproape complect, artralgiile se mențin, de data aceasta, cu un caracter nou, net, care se va menține până la sfârșitul dispariției lor totale: fugacitate extremă, ele apărând pe câte 2—3 articulații, în deosebi mari, pentru a se menține câteva ore — și a trece apoi la altele.

Cefaleea deasemenea mai atenuată, temperatura dela 38,5—40°.

Se continuă cu Cl 2 Ca — se suprimă adrenalina și se dă și Euphylin — tablete 3 pe zi.

Insomnia ultimelor 72 ore — ca și adăogarea unui trismus destul de accentuat și de perzistent, prin prinderea articulațiilor temporo-maxilare și-a unei tachicardii extreme, înrăutățesc starea generală a bolnavului și în dimineața zilei de 5 Aprilie, este văzut în consult cu D-l Docent D-r Cânciulescu, care opiniază pentru continuarea tratamentului actual, socotind de prisos administrarea Cl 2 Ca pe cale intravenoasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De fapt mersul ulterior al boalei este din ce în ce mai favorabil. Bolnavul prezintă mai întâi o perioadă de câteva ore în care toate simptomele dispar aproape complect, apoi în cele 3 zile următoare tabloul clinic este mult ameliorat: cefaleia și erupția complect dispărute, febra cu tendință la cădere, trismusul mult atenuat, apoi complect dispărut.

Bolnavul prezintă totuși în aceste 3 zile 2—3 puseuri de erupție serică — prima la nivelul șoldurilor, alta la nivelul umerilor, a treia tot la nivelul șoldurilor însoțite fiecare de violente artralgii în regiunea respectivă apariției erupției — care nu durau decât câteva ore, fiind mult influențate în bine de Euphylină.

In ziua de 8 Aprilie, adică la 11 zile dela debutul acestor accidente, totul intră în ordine, de data aceasta definitivă, după ce se prezintă 24 ore o cefalee tot atât de violentă ca la început.

Se reia treptat alimentația și bolnavul care pierduse în aceste 3 săptămâni de boală 12 kgr. recâștigă numai în 10 zile 6 kgr.

După această observație clinică, pe care am ținut să o redau mai pe larg, în deosebi pentru a evidenția debutul ei atipic ca și complexitatea sub care a evoluat acest caz de boală a serului, socotesc util să adaug și câteva considerații asupra aspectului *clinic* pe care l-a prezentat.

Astfel avem mai întâi — debutul atipic pur meningeal —

extrem de rar în cazurile de administrare a serului pe cale subcutanată, — sau intramuşculară, stare meningeală care s'a menţinut câteva zile, sub care s'a putut totuşi identifica boala serului, atât prin starea generală bună a bolnavului, cât mai ales prin prezenţa dela început a acelei uşoare dureri a genunchiului drept.

Mersul ulterior, povestit mai sus, a adus de altfel o deplină confirmare a acestui diagnostic, în care mai întâi fugacitatea artralgiilor, ca şi apariţia exantemului urticariform, — au fost elementele cele mai importante.

Totuşi este de remarcat că şi exantemul seric a fost atipic atât prin data apariţii lui, cât şi prin localizare şi simptomatologie el neinteresând tot timpul decât reg. toraco-abdominală şi rădăcinele membrelor, cu absenţă a pruritului.

Adrenalina subcutanat a adus totdeauna o stingere aproape complectă a acestui exantem la 12'—15' dela injecţie, pentru ca el să-şi reia apoi caracterele obişnuite.

Deasemenea sunt de reţinut şi:

1. Perzistenţa prinderii articulaţiilor temporo-maxilară cu trismusul consecutiv, care face ca bolnavul să nu-şi poată depărta arcadele dentare nici chiar 1 cm., stare care a durat 3 zile.

2. Sfârşitul bolii destul de brusc tot prin o puternică cefalee.

3. Concomitenţa dintre puseurile de exantem seric din perioada de sfârşit şi artralgiile violente dela nivelul articulaţiilor la care apare exantemul.

Durata accidentelor serice, în mod obişnuit 1—4 zile (Gavrilă), a fost în acest caz destul de lungă, 11 zile. Durata apariţiunei accidentelor destul de tardivă (la 11 zile dela injecţie) ca şi atipia accidentelor destul de tardivă (la 11 zile dela injecţie) ca şi atipatia unor din simptome (exantemul) s'ar putea să fie în legătură cu faptul că bolnavul luase câteva zile efedrină.

In ceeace priveşte *profilaxia* accidentelor serice în acest caz, în care seroterapia a fost aplicată în dosă moderată ceeace dealtfel n'are importanţă, dat fiindcă nici frecventă bolii şi mai ales nici gravitatea ei nu au nici o legătură cu cantitatea serului (Gavrilă), vom aminti doar că am administrat serul întrebuinţând metoda de desensibilizare Besredka, utilă în deosebi pentru evitarea accidentelor serice imediate, în special în cazuri de reinjecţii.

Pentru evitarea accidentelor serice tardive am administrat efedrină după metoda preconizată de Levy: se dă un comprimat de trei ctgr. o oră înaintea injecţii cu ser, apoi timp de 14 zile, un comprimat (a 3 ctgr.) la 8 ore, chiar noaptea. La nevoie se poate administra efedrina parenteral.

La copii se dau 3 comprimate a 1 ctgr. între 1 şi 4 ani, a 2 ctgr. între 4 şi 10 ani, a 3 ctgr. peste 9 ani.

Precum am amintit însă bolnavul a întrerupt luarea efredinei după 9 zile.

Clorura de calcium, care merită în accidentele serice un loc de prim plan, (Blum) se administrează preventiv în diverse moduri.

Netter dă tuturor celor injectaţi cu ser un gram de Cl 2 Ca

pe zi, într'o porţiune, câteva zile după injecţie, alţii autori prescriu dose variate.:

Ramond 2—4 gr. timp de 8—10 zile, Gavrilă 1—2 gr. pe zi 3 zile „peros" sau parenteral. Besredka şi Danielopolu încep administrarea Cl 2 Ca înaintea practicării injecţii, pentru „a diminua starea de amfotonie generală".

Danielopolu dă 1 gr. de Cl 2 Ca de îndată ce o injecţie de ser poate deveni posibilă şi repetă această doză de 2—3 ori într'o zi.

După Netter Cl 2 Ca ar avea o acţiune preventivă netă, el neavând la 598 de bolnavi cloruraţi decât în 3% din cazuri erupţii, pe când la alţi 648 bolnavi cari nu au luat Cl 2 Ca sau au luat insuficient, a avut accidente serice 16%. Gewin dă cam aceleaşi proporţii de accidente serice 4% pentru cloruraţi şi 23% pentru ceilalţi.

Intrebuinţarea serurilor purificate, preparate după Ramon, este de asemenea recomandată — astfel de seruri neproducând nici o dată accidente serice — sau dând reacţii minime — când sunt întrebuinţate preventiv.

In dose curative — deci ridicate şi repetate, serurile purificate au vădit deasemenea remarcabile calităţi — şi fără a îndepărta riscul accidentelor serice — provoacă totuşi atari reacţii mult mai rar — şi mai puţin intense (Weissenbach) — ceiace face pe Lereboullet să recomande întrebuinţarea lor în deosebi în cazuri speciale de seroterapie de la astmatici.

Recent, Marquezy—Bourdin—Rouget, — arată că cea mai bună purificare a serurilor se obţine prin electroosmoză — serurile astfel purificate rămânând cu puterea curativă intactă şi fără de nici un risc în ceiace priveşte accidentele serice.

Amintim aici şi o metodă practică indicată recent de Shekter în tratamentul difteriei — metoda care previne în acelaşi timp şi reacţiile serice şi complicaţii la difterii: odată cu serul (anti-difteric), acest autor injectează şi 1—3 cm. c. de propidon şi face injecţii subcutanate de gluconat de calcium (soluţie 10%, 5—10 cm. c.) în fiecare zi timp de 4—5 zile, apoi la 2 zile până în ziua 15-a.

In ceeace priveşte *tratamentul* acestui caz vom aminti doar că neaplicând nici un tratament simptomatic am prescris tratamentul cel mai obişnuit, cu Cl 2 Ca (4 gr. pe zi per os), adrenalină per os şi în injecţii şi ulterior, suprimând aceasta din urmă.

„Euphylin" per os a cărei acţiune rapidă s'a arătat deosebit de net în acest caz, din chiar prima zi de administrare.

Ca metode noi de tratament mai avem apoi:

1. Autohemoterapia şi autoseroterapia.

2. Camescasse şi Ansonneau preconizează acidul lactic, care ar duce în scurt timp la vindecarea boalei serului, ei utilizează o porţiune de 15 gr. de acid lactic de 250 gr. de sirop de smeură din care se dă o lingură de supă, la intervale apropiate; după aceşti autori, după a treia priză s'ar prezenta o uşurare netă, iar după a 7 lingură vindecarea.

Am încercat şi'n acest caz această metodă fără nici un rezultat însă.

3. Davous întrebuinţează în combaterea accidentelor serice insulină, în doze mici, subcutanate. De altfel, după Weissenbach şi Dreyfuss, toate metodele profilactice sau curatrice întrebuinţate în accidentele serice sunt insuficiente în deosebi pentrucă patogenia lor nu este încă elucidată, sau în orice caz nu este unică pentru aceste feluri de accidente, aşa cum susţine De Lavergne, care socoteşte toate accidentele serice de natură anafilactică.

Astfel unele din ele, accidentele serice generale precocé, observate mai ales după injecţii intravenoase sau intrarachidiene la o primă injecţie, sunt fără îndoială accidente depinzând de perturbaţiile echilibrului coloidal, de şocul coloidoclaric.

In aceasta mai ales Cl 2 Ca acţionează foarte bine, lucrând probabil ca un electrolit stabilizator al coloidelor pe care le împiedică de a flocula (P. Blum).

Alt grup de accidente, cele generale precoce şi reacţiile locale consecutive reinjecţii după o perioadă de incubaţie necesară apariţii stării anafilactice, sunt manifestaţii de anafilaxie şi profilactic, ele sunt bine înlăturate prin metoda de desensibilizare Besredka.

Insfârşit *mecanismul* reacţiilor tardive, cari constituesc în special ceiace se chiamă boala serului, este încă neelucidat până în prezent şi de aceia şi metodele profilactice ca şi tratamentul acestor manifestaţiuni sunt atât de variate — şi de multe ori aşa fără succes, cum este bine ştiut.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library (Cluj)

Poate că cercetările noui asupra sistemului reticulo-endotelial să ducă şi la clarificarea acestui mecanism. Astfel Du Bois, în monografia sa asupra sistemului reticulo-endotelial citează lucrări care au arătat că'n maladia serică şi'n reumatismul articular acut — există manifestaţii de acelaşi ordin, în care domină alteraţiile mezenchimatoase, ce pot interesa teritorii conjuctive diferite (cutanate, circulator, sanguin, articular); alteraţii cari nu sunt decât răspunsuri tissulare la un travaliu anormal de digestie parenterală a albuminelor străine — sau a auto-albuminelor dezintegrate (inflamaţia anafilactică sau hyperergică a lui Roessle).

Eppinger deasemenea constată în cursul anumitor afecţiuni printre care şi boala serică, semne nete de reacţia mezenchimatoasă şi socoteşte şi această boală ca făcând parte din acelea care sunt în general însoţite de ruptura echilibrului albuminelor plasmatice şi foarte probabil şi de o schimbare de semn a sarcinei electrice a hematiilor (Siegmund).

Cercetările acestea şi aspectul dela început al tabloului clinic din observaţia de mai sus fac să amintim că Huber a raportat mai multe observaţii de crize cu tip de reumatism articular acut survenite după injecţii de seruri diferite (antitetanic şi antidifteric) al căror interes patogenic îl subliniază, găsind în atare cazuri

un argument în favoarea teorii proteinice sau chimice a reumatismului articular acut.

După Grenet însă în aceste cazuri e vorba mai mult de o redeşteptare a bolii reumatismale, aşa cum se întâmplă dealtfel şi'n alte incidente patologice (scarlatină, etc.).

MARIUS PARASCHIVESCO: *Quelques considérations sur une forme atypique de „Maladie du sérum"*.

L'auteur publie l'observation clinique d'un malade atteint de maladie du sérum, dans laquelle on trouve comme atypiques:

La forme méningée pure du début—quoique le sérum, avait été administré seulement par voie soucutanée et intramusculaire; — la tardivité de l'apparition des accidents sériques et la longue durée de leur évolution. — les caractères de l'éruption qui quoique urticariforme est apparue assez tard au cours de l'évolution de la maladie et est resté localisée seulement sur la région thoraco-abominale et au niveau des grandes articulations, sans aucun prurit

L'auteur fait à l'occasion de ce cas une synthèse des connaissances sur l'état actuel du traitement préventif et curatif de la pathogénie des accidents sériques.

Specific prompt şi sigur pentru înlăturarea turburărilor climacterice

BCU Cluj / Central University Library Cluj

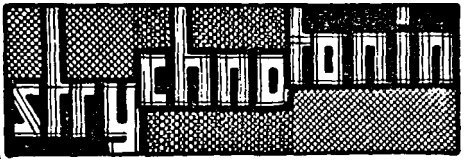
Conţine: Extract total de ovarii, Hormonul sexual feminin, theobromin, CALCIU salicilic, Albroman, papaverin hidrocloric.

In comerţ: Flacoane cu. 50 drageuri

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: FREDERIC SPODHEIM & Co. S. A.
Bucureşti I, Str. Sfi. Constantin, 4.

Tonic şi stimulant al sistemului Nervos

Soluţie isotonică sterilă de glicerofosfat de sodiu, metilarseniat de sodiu şi chlorhidrat de strichnină, pentru injecţiuni subcutane, absolut indolore.



In comerţ: Injecţii: Cutii cu 10 şi 20 amp. de 1 cmc.

Dragele: Cutii cu 75 drag. **Strychnotonin B.** Cutii cu 10 şi 20 amp. de 1 cmc.
Injecţii în doze crescânde şi descrescânde.

CONTRIBUŢIUNI LA STUDIUL CONTAGIUNII TUBERCULOZEI

de

D-r GH. POLATOS şi **Drnd. TIBERIU CIPAU**

Medic Secundar Sanatoriul Toria. Intern.

Contagiunea în tuberculoză este un fapt real; ea se produce mai ales la copii şi foarte rar la adultul din ţările de veche tuberculizare.

Măsurile de profilaxie contra tuberculozei sunt perfect justificate şi necesare.

Considerăm însă ca şi L. Bernard, că nu trebue să lăsăm să se răspândească sentimentul eronat şi neuman al tuberculofobiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Descoperirea virusului tuberculos filtrabil, precum şi articolele publicate în ultimii ani de A. Lumière, ilustrul biolog din Lyon, a reactualizat chestiunea contagiozităţii tuberculozei. Această chestiune, care este atât de desbătută între aşa zişii „contagionişti", partizanii contagiunii în tuberculoză şi „necontagionişti", cari neagă contagiunea, considerând tuberculoza ca o boală ereditară, datează din jumătatea secolului trecut, când experienţele de inoculare ale lui Villemin (1865) şi 'n special descoperirea bacilului lui Koch (1882), au dovedit contagiozitatea acestei maladii.

Disputa dintre contagionişti şi necontagionişti nu prezintă numai un interes teoretic, ci şi unul practic, căci dacă s'ar admite părerea ultimilor, atunci întreaga campanie de profilaxie antituberculoasă, cari se face în prezent, n'ar mai avea nici o raţiune.

Vom arăta în acest articol, după ce vom face mai întâi un scurt istoric al chestiunii, care sunt părerile actuale asupra acestei probleme, precum şi concluziunile noastre.

Până la descoperirile lui Villemin şi Koch, aproape toţi medicii erau de acord asupra heredităţii tuberculozei. Începând cu Hipocrate, era admis ca o dogmă că un ftizic se naşte dintr'un alt ftizic; iar tuberculoza era considerată ca o diateză hereditară, transmisă de părinţi copiilor, cum este de ex. guta. Toţi autorii clasici: Portal, Laënec, Herold, Cornil, Weter, Schönlein, etc. susţineau a-

ceastă părere, care se baza pe constatarea că tuberculoza pulmonară se găseşte mai frequent la descendenţii bacilarilor şi că de multe ori membrii unei familii de ftizici sunt decimaţi de această boală. Această constatare era justă, dar după cum vom vedea, interpretată greşit.

După descoperirile lui Villemin şi Koch, deşi majoritatea medicilor au admis contagiositatea tuberculozei, au mai rămas totuşi partizani ai vechei teorii, cari considerau că factorul hereditate are în majoritatea cazurilor un rol exclusiv, după unii, foarte important după alţii, în producerea acestei boale. Astfel Landouzy, care a fost unul dintre cei mai iluştrii partizani ai acestei teorii, admite o hereditate de teren şi o hereditate de „grain", adică o heredotuberculoză prin transmiterea bacililor dela mamă la făt.

In ceeace priveşte hereditatea de teren, ea are partizanii cei mai mulţi. In afară de Pidoux, Peter, Virchow, Landouzy, etc., chiar unii contagionişti nu neagă o heredo-predispoziţie la contractarea tuberculozei. Landouzy, Mosny, admiteau şi aşa zisele distrofii heredo-tuberculoase, cari însă după Le Bernard şi Debré, Couvelaire şi Lacomme, nu sunt mai frequente la heredo-tuberculoşi ca la copii născuţi din mame sănătoase.

De altfel şi actualii medici, partizani ai contagiunii, nu neagă heredităţii de teren un oarecare rol, care însă ar fi destul de restrâns şi care nu s'ar limita numai la starea fizică şi humorală transmisă de ascendenţa directă, ci şi la influenţele ancestrale, influenţele de rasă.

In ceeace priveşte hereditatea de „grain", ea a fost admisă de Landouzy, în urma experienţelor făcute cu inocularea vişcerelor de fetus şi de noi născuţi din mame tuberculoase, cari produceau, în unele cazuri, tuberculizarea cobailor inoculaţi. Această heredotuberculoză prin transmiterea transplacentară a bacililor Koch, s'a dovedit însă a fi foarte rară. Withemann şi Green n'au putut culege până în 1922 decât 115 cazuri. Baumgarten, în lucrarea sa din 1891, susţine teoria heredităţii latente sau ocultă, care admite că bacilii după ce au traversat într'un mic număr placenta, produc în unele organe ale fătului leziuni discrete, cari vor constitui punctele de plecare ale tuberculozei adultului. Această teorie nu este admisă, deoarece cuti-reacţia făcută la copii separaţi de mamele lor tuberculoase rămâne negativă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Descoperirea virusului filtrabil tuberculos, făcută de Fontès în 1911, precum şi lucrările mai recente (F. Arloing şi Dufourt) cari au arătat că acest virus se transmite aproape constant dela mamă la făt, s'a părut că dă o bază ştiinţifică teoriei heredităţii de „grain". Dar, s'a constatat că acest virus dispare din organismul copiilor infectaţi, după primele luni dela naştere şi că în afară de câteva cazuri terminate prin aşa zisele „morţi inexplicabile", noui născuţii nu se resimt de loc de această infecţie, sau o fac sub o formă atenuată şi de scurtă durată. De altfel aceşti copii nu reacţionează la tuberculină, ci numai câte odată la cutireacţiile cu filtrat (Paisseu şi Valtis).

In prezent aproape toţi ftiziologii sunt de părere că virusul

filtrant, având o vitalitate şi o putere patogenă redusă, nu poate produce o adevărată tuberculoză la noui născuţi din mame bacilare. Tuberculoza la aceşti copii este datorită exclusiv contagiunii cu bacilul Koch, provenit dela părinţii sau rudele bolnave. Dacă aceşti copii sunt separaţi de familie imediat după naştere şi trimişi la ţară, aşa cum procedează în Franţa instituţia înfiinţată de L. Bernard, sau „Opera Grancher", ei nu devin tuberculoşi atât timp cât sunt puşi la adăpost de contagiune.

In ultimii ani, A. Lumière a căutat, printr'o discuţie în contra dictoriu cu Prof. A. Calmette şi Prof. M. Gismondi, să reactualizeze chestiunea hereditătţii tuberculozei, aducând argumente puternice în susţinerea acestei teorii şi pentru combaterea teoriei contagiunii la adult. El nu neagă posibilitatea contagiunii la copiii născuţi din părinţi sănătoşi, sau la adulţii cari trăesc în afară de orice focar de tuberculoză şi cari în caz de contagiune fac o primă infecţie bacilară de tip infantil. Susţine însă că tuberculoza nu este contagioasă pentru adultul sănătos care trăeşte în centrele noastre de veche civilizaţie şi care este imunizat din copilărie; despre tuberculoza polimorfă comună a adultului afirmă că este exclusiv hereditară.

Unele din aceste afirmaţii sunt în contrazicere cu constatările făcute recent, cari arată că un număr relativ mare (25—35%) de adulţi din marile centre, posedă o cuti-reacţiune negativă şi deci nu prezintă acea alergie, considerată eronat ca o imunizare contra tuberculozei. Unii dintre aceşti adulţi fac, după constatările recente ale lui Courcoux, o primo-infecţie bacilară, care nu este de tip infantil cum susţine A. Lumière, ci se aseamănă cu tuberculoza polimorfă comună a adultului.

Printre alte argumente aduse de A. Lumière, contra contagiozităţii tuberculozei la adulţi, reţinem două, cari par destul de impresionante: 1) Contagiunea conjugală este ca şi inexistentă şi 2) Nu se citează nici un caz de contagiune bacilară la personalul sanatoriilor şi spitalelor de tuberculoşi.

Primul argument este bazat pe concluziile Adunării franceze de medicină generală, din 5 Martie 1933, care arată că contagiunea conjugală, în căsniciile în cari unul din soţi este bacilar, nu se produce decât în 10% din cazuri. Aceste date corespund de altfel cu procentul de 8,4 până la 12% de tuberculoză conjugală, pe care-l dă Arnould, care a făcut statistica lui pe 55.000 cazuri, strânse din 9 ţări diferite. După calculele lui A. Lumière nici acest procent nu este just, căci tuberculoza s'ar fi produs la aceşti soţi, indiferent de mariaj. Opie şi Mc. Phedran însă, făcând o statistică a contagiunii conjugale, bazată pe leziunile bacilare constatate în radiografii, nu numai pe simptomele clinice, afirmă că acest procent este în realitate 35—45%.

Din toate aceste date reiese că „infecţiunea tuberculoasă", care se datoreşte contagiunii se produce într'un număr mai mare de cazuri, dar că „morbiditatea tuberculoasă", care se traduce clinic prin tuberculoza-maladie este mult mai rară, căci producerea ei necesită

BCU Cluj / Central University Library Cluj

pe lângă contagiunea cu bacilul Koch şi alţi factori secundari, reprezentaţi prin teren, etc. Pentru unii din actualii ftiziologi, în frunte cu E. Sergent, aceşti factori secundari ar juca de fapt rolul cel mai important în producerea tuberculozei-maladie, contagiunea având doar un rol redus.

Al II-lea argument adus de A. Lumière, se referă la inexistenţa contagiunii printre medicii şi personalul sanatoriilor sau spitalelor de tuberculoşi, cari trăesc într'un mediu bogat în bacili Koch. El afirmă că nu s'a publicat nici un caz din acest fel de contagiune. In sprijinul acestui argument el citează afirmaţia doctorului L. Guinard, Directorul Sanatoriilor din Bligny, care nu a constatat nici un astfel de caz la personalul sanatoriilor pe care le conduce.

E. Rist, însă, a publicat în Presse Médicale un articol în care arată că din 12 infirmiere care au lucrat în laborator, la cercetarea bacilului Koch în spută, şeapte s'au îmbolnăvit de tuberculoză pulmonară. El atribue acest procent mare de tuberculizări, atât lipsei unei educaţii prealabile technice şi teoretice, care să le pue la adăpost de o eventuală contagiune, cât şi surmenajului fizic.

Publicăm şi noi două cazuri de contagiune, la două femei de serviciu din sanatoriul nostru:

OBSERV. I. — Bartoş Isabela, 25 ani, intră în sanatoriul nostru în anul 1928; părăseşte sanatoriul în anul 1931 şi revine în anul 1932.

Antecedentele heredo-colaterale şi personale fără importanţă. I s'a făcut examenul clinic şi radiologic în anul 1933 şi nu s'a constatat nimic pulmonar.

In tot timpul şederii ei la sanatoriu a fost repartizată ca femeie de serviciu la bolnavi, pentru curăţatul camerilor şi spălatul scuipătorilor. Deşi i s'a interzis să primească alimente dela bolnavi, ni s'a raportat că ea nu respectă această dispoziţie, consumând chiar restul mâncărilor dela bolnavi.

In Noembrie 1935, începe să tuşească şi să expectoreze moderat; temperatura 37,8; pierdere în greutate.

La examenul steto-acustic, se aud câteva raluri sub-crepitante în fosa supra şi sub-spinoasă stângă; deasemeni în fosa supra- şi sub-claviculară stângă. La examenul radioscopic se constată un văl pneomogen în treimea sup. a pulmonului stg. La examenul sputei (direct pe lamă), nu se constată baccilul Koch. Bolnava nu respectă cura higeno-dietetică prescrisă şi în luna Ianuarie, are o hemoptizie (50,3 cm.). La 4 Februarie 1936, părăseşte sanatoriul şi revine în luna Iulie a. c., când este din nou examinată. Se constată o stare generală foarte bună şi o deminuare a semnelor stet-acustice şi radiologice; temperatura a cedat, iar tusea şi expectoraţia aproape au dispărut. Bolnava ne-a mărturisit că a urmat puţin timp cura higeno-dietetică, iar în ultimele luni a muncit la câmp.

OBSERV. II. — Ruxandra Pop, 34 ani, intrată în serviciul sanatoriului nostru în 1929; părăseşte sanatoriul în 1932 şi revine în 1933.

Antecedente heredo-colaterale şi personale fără importanţă.

In anul 1934 este examinată clinic şi radiologic: nu s'a găsit nimic pulmonar. A funcţionat tot timpul ca femeie de serviciu la bolnavi. Şi despre ea ni s'a raportat că consumă resturile mâncărilor dela bolnavi. In luna Octombrie 1935, începe să tuşească şi să expectoreze; temperatura 38,5—39°. La câteva zile dela debut are o hemoptizie mică. La examenul fizic se constată

o sub-matitate şi câteva caracmente în fosa supra-claviculară dreaptă. La examenul radioscopic se constată pete semi-opace diseminate în 1/3 sup. a pulmonului dr. Baciloscopie pozitivă. La 30 Noembrie părăseşte sanatoriul.

După 2 luni bolnava scrie că s'a restabilit complect, iar în prezent duce viaţa activă, şi cere să se reangajeze la sanatoriu.

Din observaţiile de mai sus, reiese că tuberculoza pulmonară ivită la cele 2 femei de serviciu se datoreşte unei contagiuni. Este vorba de o reinfecţie exogenă, deoarece ea s'a produs la persoane cari trăiau de mai mulţi ani în sanatoriu, deci alergice, şi cari prin serviciul ce-l făceau, erau în contact mai intim şi prelungit cu bolnavii bacilari. La producerea acestei contagiuni a contribuit şi faptul că cele două servitoare, uitând instrucţiile date, nu respectau cele mai elementare reguli de profilaxie, consumând chiar resturile alimentare dela bolnavi.

Este interesant de reţinut că ambele femei au făcut o tuberculoză cu o evoluţie favorabilă, fapt menţionat şi de E. Rist, în unele din cazurile publicate de dânsul.

Dacă din cele două cazuri publicate mai sus, rezultă că contagiunea la adult este un fapt real, nu este mai puţin adevărat că ea se produce foarte rar. Intr'adevăr, la sanatoriul nostru care datează din anul 1922, nu s'a mai înregistrat nici un caz de tuberculoză pulmonară, la personalul destul de numeros care s'a perindat dela data înfiinţării lui. Această constatare corespunde de altfel cu rezultatul dat de interogatoriul sistematic, pe care l'am făcut la aproape 2000 bolnavi de tuberculoză şi la cari nu am putut înregistra o contagiune exogenă certă la adult, decât într'un număr mic de cazuri; corespunde şi cu părerea majorităţii ftiziologilor, cari sunt de acord că, de cele mai multe ori, tuberculoza adultului nu este decât o redeşteptare a infecţiei bacilare contractate în copilărie. Toate aceste date nu justifică teama exagerată de contagiune, atât de respândită şi care face ca bolnavul de tuberculoză să fie considerat un fel de paria.

Aceste constatări ale noastre, cari vin în contradicţie cu afirmaţiile lui A. Lumière, dar care corespund cu cele susţinute de majoritatea ftiziologilor ne îndreptăţesc să tragem următoarele concluzii:

1) Contagiunea în tuberculoză este un fapt real; ea se produce mai ales la copii şi foarte rar la adultul din ţările de veche tuberculizare.

2) Măsurile de profilaxie contra tuberculozei sunt perfect justificate şi necesare.

3) Considerăm însă ca şi L. Bernard, că nu trebue să lăsăm să se răspândească sentimentul eronat şi neuman al tuberculofobiei.

BIBLIOGRAFIE

1) *M. Letulle:* La tuberculose pulmonaire fasc. XII 1926. — 2) *Landouzy*: Sur les vois conceptionnelles et transplancentaires de pénétration de la tuberculose. Raport de la Conf. de Bruxelles, 1910 (Masson). — 3) *Mosny:* La descendence des tuberculeux. Revue de la tuberculose Aug.-Sept. 1901. — 4) *F. Arloing* et *A. Dufourt:* Le rôle de l'ultravirus tuberculeux en pathologie humaine. Congrès de la tuberc. Marseille-Avril 1935 — 5) *E. Sergent*: Monde Médical 1-15 Juin 1935. —

6) *A. Lumière:* Tuberculose, contagion, hérédité (Lyon 1931). — 7) *A. Calmette:* La tuberculose est elle réellement contagieuse? Presse Médicale 27 Sept. 1933. — 8) *A. Lumière:* La tuberculose est elle réellement contagieuse? Réponse aux arguments de M. Calmette. Presse Médicale 15 Noembr. 1933. — 9) *A. Lumière:* Réponse aux questions de M. Gismondi. Presse Médicale 12 Mai 1934. — 10) *A. Lumière:* Réponse à M. Giusto Carbonin. Presse Médicale 28 Julliet 1934. — 11) *A. Courcoux* et *A. Alibert:* Quelques cas de primo infection du jeune adulte Revue de la tuberculose No. 1 1936. — 12) *Arnould:* Tuberculose conjugale et contagion tuberculeuse No. 2 1925. — 13) *M. Rist* et *M-le M. Simon:* Contribution à l'étude de la contagion tuberculeuse chez les infirmières. Presse Médicale 18 Oct. 1933. — 14) *L. Bernard*: L'Hygiène sociale 25 Févr. 1933.

G. POLATOS et T. CIPĂU: *Contribution à l'étude de la contagion tuberculeuse.*

Les auteurs, aprés avoir fait l'historique de la controverse entre les contagionnistes, qui admettent la contagion de la tuberculose et les non-contagionnistes, qui la nient, ils exposent les opinions des différents auteurs sur cette question, qui demontrent que la découverte du virus tuberculeux filtrable n'a pas ébranlé la doctrine contagionniste.

Enfin ils publient deux cas de contagion tuberculeuse chez deux femmes de service du Sanatorium Toria, et arrivent à ces conclusions: La tuberculose est réellement contagieuse; cette contagion s'exerce sourtout chez les enfants et très peu chez l'adulte de nos contrées d'ancienne tuberculisation

Les mesures de prophylaxie antituberculeuse sout justifiées et nécéssaires.

Il ne faut pas laisser s'implanter le sentiment erroné et inhumain de la tuberculophobie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Agent pour la Roumanie: Mr R. DUNOD
103, Strada Toamnei. — Bucarest

ASPECTUL TUBERCULOZEI PULMONARE IN TINUTUL CARBONIFER DIN VALEA-JIULUI

de

D-r ROIBAŞI PAUL
Medic internist al Spitalului Nr. 1 din Petroşani
fost intern al Spit. Ef Civile din Bucureşti

Mobiditatea şi mortalitatea tuberculoasă în Petroşani, oraş industrial, este redusă; cifrele sunt apropiate de cele din mediul rural. Formele sunnt în majoritate benigne, influenţate în bine de antracoza concomitentă. Antracoza constitue un factor defavorabil instalării şi evoluţiei tuberculozei pulmonare.

Relaţia dintre tuberculoza pulmonară şi pneumoconioze a preocupat lumea ştiinţifică încă dela începutul secolului trecut. Felul după cum s'a desbătut această chestiune în diferitele epoci şi la diferitele etape, prin care a trecut studiul său, învederează deosebirea de vederi, uneori chiar fundamentale, a diferiţilor autori ce s'au ocupat cu rezolvarea acestei probleme.

Detalii asupra acestei chestiuni se pot găsi în monografia lui Ickert din anul 1927 şi în rapoartele lui Miners'phitsis medical boureau.

Cu toate că a trecut mai mult de un secol de când acest capitol a început să intereseze şi să fie felurit tratat, se poate totuşi spune că el a rămas o problemă a viitorului.

In ultimul timp studiul celorlalte pneucomonioze a fost obiectul unor cercetări amănunţite şi a înregistrat progrese chiar însemnate.

Antracoza pulmonară ca atare şi mai ales în partea ce interesează relaţia sa cu tuberculoza pulmonară, a fost mai puţin studiată, deşi destul de desbătută.

Astfel, *Ribert* susţine că cicatriciile negre ale ţesutului pulmonar apar ca urmare a conlucrării virusului bacilar cu antracoza.

Hübschmann şi *Ickert, Wetskins* şi *Pitchford,* admit că într'un mare număr de cazuri, tuberculoza este cauza antracozei

Heymann Freudenberg arată că antracoza nu are vre-o influenţă asupra instalărei, înfăţişărei sau asupra evoluţiunei tuberculozei pulmonare.

Cumins priveşte pneumoconioza carbonoasă ca un factor de neutralizare a virusului bacilar.

Jousset nici nu admite cel puţin ideia unei antracoze pul-

monare, pigmentul ce se găseşte la aşa numitele cazuri de antracoză fiind de provenienţă sanguină.

Reiner exclude factorul antracozei ca element de predispoziţie la fibroza pulmonară.

Antracoza pulmonară este forma cea mai benignă a pneumoconiozelor.

Particulele de cărbune ce pătrund până în bronşiile terminale sau în alveole, au un diametru foarte mic, difuzează extrem de repede şi sunt prevăzute cu mişcări Browniene *(Gibbs)*.

Aceste particule pătrund în limfaticele perilobulare, în cele perivasculare şi în septele interlobulare.

Ele sunt uneori bine suportate, alteori însă dau naştere la reacţiuni mai mult sau mai puţin accentuate, ca:

Obliterarea ţesutului limfatic,

Hiperplazia ţesutului conjuctivo-septal,

Peribronşite fibroase, etc.

Acestor stări de organizare le premerge o fază iritativă sau iritativo-inflamatorie. Este greu de stabilit ce anume rol joacă agentul tuberculozei, sau toxina bacilară în cazul acestor modificări anatomo-patologice ale ţesutului pulmonar.

S'ar părea că elementul mecanic are rolul principal în determinarea acestor leziuni pulmonare, ajutat fiind şi de acele mici puseuri repetate, inflamatorii, mute din punct de vedere clinic.

Aceste puseuri sunt condiţionate de agentul mecanic şi apar mai curând ca produsul unor micro-organisme banale decât ca rezultatul intervenţiunii unor agenţi specifici.

Biblioteca Universitatea Babeş-Bolyai Cluj

In sprijinul ipotezei că antracoza pulmonară ar favoriza — în orice fel — tuberculoza pulmonară, s'ar putea invoca următoarele argumente:

Reacţiunea iritativă inflamatorie ar fi în stare să joace rolul unei spine iritative pentru chemarea şi fixarea unui virus circulant cum ar fi de pildă virusul tuberculozei; deasemenea s'ar putea admite că modificările anatomo-patologice de mai sus ar reactiva un focar vechiu tuberculos, cretificat, sclerozat sau în orice caz redus în stare de latenţă; tot aşa s'ar putea invoca şi ipoteza creerei unui locus minoris resistentiae pentru eventualele infecţiuni ulterioare cu bacilul tuberculozei. Deşi aceste argumente sunt folosite de unii şi chiar speculate de alţii, totuşi ele sunt destul de şubrede, iar invocarea şi susţinerea lor nu este bazată pe fapte clinice precise.

Dealtfel numărul celor ce privesc problema de mai sus prin prisma argumentaţiunii ce precede, scade treptat, odată cu studiul mai aprofundat al chestiunii şi concomitent cu urmărirea evoluţiunii tuberculozei la antracozici. Pe când în alte pneumoconioze, cum ar fi de pildă silicoza, cazurile de tuberculoză gravă ca: generalizări miliare, bronho-pneumonii tuberculoase, pneumonii cazeoase, etc., sunt fapte curente, se pare că antracoza pulmonară crează un mediu defavorabil pentru evoluţia malignă a tuberculozei pulmonare.

In adevăr, cazurile de tuberculoză din mediile carbonifere

au un caracter de emblé fibros sau au o tendinţă netă spre fibrozare.

Consideraţiunile de mai sus se desprind şi din cercetările făcute în această regiune la care cazurile de tuberculoză exudativă sunt rare, iar cele cu un astfel de început evoluiază spre formele productive, productivo-cirotice sau chiar cirotice.

Independent de etatea bolnavului, abstracţie făcând de copilărie şi adolescenţă, tuberculoza are un caracter fibros, iar supravieţuirea celor atinşi este mai lungă decât supravieţuirea medie a bolnavilor de tuberculoză pulmonară din alte regiuni.

Această evoluţie favorabilă prin varietatea anatomo-patologică şi prin aspectul clinic al tuberculozei pulmonare şi-ar putea găsi explicaţia în argumentele ce urmează.

S'a spus mai sus că antracoza pulmonară, într'un număr destul de mare de cazuri, duce la leziuni iritativo-inflamatorie ale ţesutului conjunctiv, la obliterarea ţesutului limfatic, la reacţiuni perivasculare şi la stimularea fagocitară a epiteliului alveolar. Această menţinere în stare de veghe a tuturor mijloacelor de apărare ale ţesutului pulmonar, ar fi în stare să înlăture unele infecţiuni venite din afară, să modifice aspectul şi evoluţia clinică a unor leziuni preexistente, să micşoreze şi să reducă un focar grefat pe o antracoză pulmonară sau în orice caz să-i imprime o evoluţie benignă.

Bacilul tuberculozei pe lângă toxina sa cazeifiantă posedă şi proprietatea de a provoca şi leziuni de hiperplazie tisulară. In timp ce desfăşurarea acţiunei sale cazeifiante trădează o apărare slabă inexistentă a ţesuturilor unde el s'a cantonat, predominenţa ţesutului de hiperplazie fibroasă denotă că puterea de apărare a organismului este intactă şi activă.

Se ştie că în localizarea şi evoluţia unei leziuni de natură bacilară mai joacă rol şi predispoziţia organică — factor local — precum şi o anumită constituţie — factor general. —

Fără ca să mai admitem că părticelele de cărbuni din pulmon ar fixa anumite substanţe coloidale (micro-organisme) după cum vrea *Cumins*, sau că ar fi capabile să absoarbă tuberculina, după cum susţine cu *Jousset*, se poate accepta totuşi, bazaţi fiind pe observaţiunile clinice, că antracoza pulmonară constitue un teren mai puţin propice pentru localizarea unei tuberculoze pulmonare sau că ea este un element de evoluţie favorabilă a unui focar preexistent ori nou format. Pe de altă parte s'ar putea admite că modificările anatomo-patologice din antracoza pulmonară ar modifica factorul local în sens că neutralizează virusul bacilar sau înlătură un focar bacilar preexistent sau că imprimă o evoluţie benignă a procesului tuberculos.

Din nefericire însă această problemă are multe puncte necunoscute şi putem spune că încă se află în domeniul ipotezelor şi al speculaţiunilor abstracte.

Cu toate că factorul local contribue foarte mult la aspectul clinic şi anatomo-patologic al tuberculozei pulmonare, nu mai puţin important apare şi factorul constituţional precum şi cel social şi economic. In regiunile industriale, mai ales în ţările unde industria se află la începutul său, factorul social joacă un rol covârşitor.

Astfel, locuinţele sunt puţin higienice şi puţin încăpătoare; promiscuitatea nu rare ori este înspăimântătoare; educaţia sanitară a populaţiunii este foarte redusă, iar mijloacele de izolare şi profilaxie sunt absolut insuficiente.

Alcoolismul şi sifilisul sunt maladii sociale foarte răspândite în aceste centre industriale. Factorul economic apare sub auspicii puţin fericite când ne gândim că produsul muncii majorităţii lucrătorilor este nimicit de plaga alcoolismului. Datele ce preced ne îndrituesc să punem într'o lumină destul de defavorabilă şi factorul constituţional. Deşi consideraţiunile de mai sus îşi păstrează întreaga valoare şi pentru centrul industrial din regiunea carboniferă din Valea-Jiului şi — deci — ne-am putea aştepta la un contigent mare de tuberculoză pulmonară, totuşi, după cum reese din datele ce urmează, tuberculoza este aici scăzută procentual şi comparativ cu tuberculoza din celelalte ţinuturi ale ţării, iar cazurile de tuberculoză ce se ivesc au un caracter benign, în marea majoritate a cazurilor.

In comuna Petroşani, locuită în cea mai mare parte de către lucrători de mină, am avut în decurs de 3 ani, la un număr de 4.500 internaţi în spital şi 18.500 consultanţi. — în total 23.000 — un număr de 150 cazuri de tuberculoză. Din aceste cazuri, 110 intră în grupul tuberculozelor benigne, iar 40 în cel al tuberculozelor maligne. Prin urmare, morbiditatea de pe urma tuberculozei a fost de 6.52%$_0$, ceiace revine la 65$^0/_{000}$. In acest timp, mortalitatea datorită tuberculozei a fost în medie de 12½%$_{00}$, ceiace, înmulţind numărul cazurilor mortale cu coeficientul de 6, revine la 75%$_{00}$ morbiditate. In consecinţă, cifrele ce preced sunt aproape suprapuse.

Având în vedere că morbiditatea bacilară în majoritatea oraşelor mari din România trece de 100%$_{00}$, iar că mortalitatea oscilează între 16-30%$_{00}$, ne putem da uşor seama de numărul redus al celor bolnavi de tuberculoză pulmonară din această regiune.

Mortalitatea şi morbiditatea din acest oraş, atât de industrializat, se apropie de morbiditatea şi mortalitatea din mediile rurale, în ceeace priveşte tuberculoza.

De reţinut este faptul că vârsta medie a acelor decedaţi de pe urma tuberculozei este de 40—60 ani, în majoritatea mare a cazurilor, ceiace pare a fi datorit formei clinice a tuberculozei pulmonare.

La numărul total de 150 cazuri de tuberculoză pulmonară, nu s'a putut stabili durata tuberculozei decât numai la 30 cazuri. La 8 din aceşti bolnavi, tuberculoza datează de peste 15 ani; la 12 din ei între 10—15 ani; la 6 din ei între 8—10 ani; iar la 4 din ei între 5—8 ani.

De notat este faptul că aceşti bolnavi încă se mai află în viaţă. In 10 cazuri, deşi debutul a fost brusc, iar tuberculoza a avut un caracter net exudativ, evoluţia ulterioară s'a făcut înspre o tuberculoză, cronică, fibroasă.

In concluzie, 75% din cazurile noastre au fost tuberculoze benigne, subînţelegând prin aceasta tuberculoze staţionare, tuberculozele net cirotice, cele productivo-cirotice sau productive şi unele din tuberculoze cavitare staţionare.

Luând în consideraţie şi factorul „greşală", care nu poate

lipsi dela nici-o statistică, suntem totuşi îndreptăţiţi să tragem concluziile ce urmează.

Privind tabloul de mai sus, se poate deduce că morbiditatea şi mortalitatea tuberculozei în această regiune este cu mult coborîtă.

Este de reţinut şi faptul că, majoritatea cazurilor de tuberculoză pulmonară exudativă, se datoreşte şi muncitorilor ce provin în Valea-Jiului din regiunea auriferă a „Bradului" şi din regiunea de exploatare a ferului „Calan".

Pe baza observaţiunilor clinice, se poate trage concluzia că tuberculoza pulmonară este în bine influenţată de către antracoză şi aceasta ar justifica încercările ce se fac cu diferite procedee şi preparate cu cărbune, în scop terapeutic.

Faptul că tuberculoza pulmonară este mai rară în aceste regiuni şi faptul că terenul de antracoză constitue un factor defavorabil pentru localizarea şi evoluţia unui proces pulmonar de natură bacilară, ar justifica înfiinţarea unor instituţii de cură şi profilaxie, precum şi instalarea unor preventorii şi aşezăminte de izolare pentru cei ce sunt obligaţi să trăiască în mediul bacilar sau provin din familii tuberculoase.

BIBLIOGRAFIE

Havrier P.: Pneumokonioses. (Nouveau traité de médicine, fascicule XI.)— *Stachelin R.*: Die Pneumoconiosen-Handbuch der inneren medicin, zweiter Band, zweiter teil. — *Arnould*: La tuberculose chez les mineurs de charbon. Rev. phtis. méd. soc. (1929). — *Arnould*: La tuberculose chez les mineurs de charbon. Rev. tbc. belge 1929.—*Bauer. Engel*: Beitrag zur Frage der Staublungenerkrankungen.— *Koelsch, Krohn*: Beitr. klin. tbc. B 76, H 6 (1931). — *Feil*: Contribution a l'étude des pneumokonioses profesionelles. Press. méd. II (939—942) 1930. — *Jousset*: Recherches sur l'antracose pulmonaire C. R. Acad. Sc. 185 Nr. 15, S 730—732 (1927). — *Jousset*: Rapport de l'anthracose et de la tuberculose pulmonaire Revue tbc. 884—897 (1928). — *Voosenaar et Doubrow*: Premiers résultats d'une enquêt sur les affections des voies respiratoires chez les mineurs de charbonnages des Pays-Bas. Acad. de Méd. 18, II, 936. — *Middleton* Silicosis Gen. 1930. — *Policard et Doubrow*: Sur les mécanismes qui intervienent dans la fixation des poussières minérales. Press. Med. I, 337—339, 1929. — *Policard, Doubrow et Pillet*: Recherches histochimiques sur l'anhracose pulmonaires des mineurs C. R. Soc. Biol. 100, 400—401, (1929), C. Acad. Sc, 188, 278—279 (1929). — *Schulter Tigges*: Anthracose and tuberkuloze Z. Tbck. 52, 290—294 1928. — *Fr. Jckert*: Staublunge und Tuberkulose Ergs der GTF B III 430—514. — *Deseille*: Le problème des pneumoconioses La Médicine, Octobe 1934. — *Feil A.*: Les idées actuelles sur la pathogénie des pneumoconioses, Press. Méd. 80, Nr. 3, 1936. — *Cumins, S. Lyle*: Anthracosis, silicosis and tuberculosis in Coalminers. Lancet 1931 T. 235—238.

PAUL ROIBASI: *L'aspect de la tuberculose pulmonaire dans le territoire charbonnier de Valea-Jiului.*

L'anthracose pulmonaire c'est la forme la plus benigne des pneumoconioses.

Les lésions pulmonaires qu'on peut observer dans l'anthracose sont conditionées par des agents mécaniques. Il parait être que ces lésions sont plutôt la conséquence de l'intervention de quelques microbes banales que le résultat de la localisation d'un agent spécifique.

Les lésions iritativo-inflamatoires, avec tout le cortège des réactions du tissu pulmonaire, pourraient expliquer l'imunisation locale ou la résistence organique locale qu'on observe chez les enthracosiques.

Les lésions tuberculeuses qui évoluent sur un terrain anthracosique ont— dans les cas les plus nombreux—l'aspect fibreux. A un total de cent cinquant cas de tuberculeuse pulmonaire, on a trouvé cent dix formes bénignes et seulement quarante formes malignes. Une partie de ces formes malignes a evolué ultérieurement vers les formes mixtes.

La morbidité à cause de la tuberculeuse a été dans la Vallée de Jiu de 65‰ et la mortalité de 75‰

Les faits qui précédent peuvent justifier la création des institutions antituberculeuses dans les centres charbonniers.

III.

FAPTE CLINICE

ENCEFALITA POSTROUGEOLICA

de

D-r DEM. PAULIAN şi D-r MIRCEA CARDAŞ

Rougeola este socotită deobiceiu, şi mai ales de către profani, ca o boală eminamente benignă. Complicaţiile sale, rare, sunt mai ales pulmonare. Complicaţiile nervoase sunt mai puţin obişnuite.

Formele clinice, în cari predomină fenomene nervoase concomitente, se întâlnesc cu oarecare frecvenţă. Astfel se notează cefalee, delir, mai rar convulsiuni sau stare comatoasă, urmată de moarte în 3—4 zile.

Teissier citează complicaţii nervoase ca: paralizii, mai ales medulare, polinevrite, mai rar paralizii de natură cerebrală.

Browne citează două cazuri de encefalită postrougeolică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se pot întâlni monoplegii, hemiplegii, praplegii, syndrom Landry, forme semănând sau reproducând tabloul sclerozei în plăci.

Astfel, Paulian şi Aricescu au descris, în 1932, un sindrom asemănător sclerozei în plăci acute la o copilă de 5 ani, apărut după rougeolă.

Leyden a descris afazia tranzitorie prin encefalită uşoară postrougeolică.

Se pot asocia sau pot apărea singure turburări psichice, manie acută, psichoze.

Aceste fenomene sunt resultanta infecţiunii însăşi sau aceasta joacă un rol favorizant pe un teren predispus, presentând tare organice hereditare sau câştigate.

Această trecere rapidă în revistă a turburărilor nervoase postrougeolice ne-a fost prilejuită de un caz de encefalită acută post rougeolică uşoară, apărută la o fetiţă de 6 ani, internată în Serv. Neurologic, caz ce se apropie întrucâtva, prin turburările de vorbire pasagere presentate de bolnavă, de acela al lui Leyden, însoţit de afazie tranzitorie.

Credem interesant a da mai jos observaţia clinică a bolnavei:

Lidia P., de 6 ani, este internată de părinţii săi în spital la 23 Februarie 1936, pentru diminuţia forţei musculare în membrele de partea dreaptă şi uşoare turburări psihice.

Nimic în antecedentele sale heredo-colaterale. Antecedentele personale: acum 10 zile rougeolă, cu exantem accentuat şi febră, care a durat 2—3 zile; a fost văzută de un medic, care a diagnosticat-o ca atare.

N'a avut alte maladii. Născută la termen, fără manifestaţiuni cutanate sau coryza.

Istoric: Debutul maladiei actuale datează de 4 zile. Maladia a început cu stângăcie în acţiunea de a duce lingura la gură; micei paciente îi scăpa lingura din mână şi a trebuit să fie alimentată de mama sa; apoi, după câteva ore, mersul a devenit clătinat „caşi cum era beată", piciorul drept este din ce în ce mai greu, încât bolnava îl târăşte în mers. Vorbirea devine greoae, greu inteligibilă; pacienta e neliniştită, irascibilă; după 2 zile vorbirea e mai clară, însă turburările motorii persistă.

Starea prezentă: La intrarea în serviciu copila este cuminte, liniştită, răspunde prompt şi corect la întrebări. Bine desvoltată pentru vârsta sa, prezintă ţesuturile muscular şi celulo-adipos normal desvoltate. Vorbirea este nasonată, însă normală ca pronunţare şi debit verbal; povesteşte curgător lucruri petrecute la şcoala de copii, unde urmează. Se observă oarecare instabilitate şi mişcări normale în aparenţă, ale trunchiului şi membrelor, dar cari par a nu putea fi oprite prin voinţă. Pupilele sunt inegale; stg. dr. Reflexul la lumină se produce prompt bilateral. Reacţia la acomodaţie nu se produce. Mişcările globilor oculari se execută în limite normale. Convergenţa e bună. Nistagmus nu are. Reflexul corneean e prezent. Sensibilitatea tactilă, termică şi dureroasă a feţii este prezentă. Pliurile frunţii sunt egale; fantele palpebrale sunt egale. Prezintă o uşoară asimetrie facială: şanţul nasolabial drept este mai şters decât stângul, ovalul gurii e mai scoborît de partea dreaptă. Poate sufla şi fluera. Limba nedeviată prezintă mişcări involuntare coreiforme. Lueta şi vălul palatin normal conformate. Reflexul faringian e prezent. Sensibilitatea limbii şi mucoasei bucale normală. Masticaţia şi deglutiţia sunt normale. Motilitatea activă: mişcările voluntare sunt posibile bilateral atât la membrele superioare cât şi la cele inferioare. Cele delicate sunt ceva mai greoaie la dreapta: poate face mişcarea de opoziţie a degetelor, nu poate încheia un nasture cu mâna dreaptă, lucru ce-l execută cu uşurinţă cu stânga. In mişcarea de ridicare a braţelor pumnul drept se flectează pe antebraţ, pe când cel stâng rămâne în poziţia iniţială. Celelalte mişcări se produc în limite normale. La membrele inferioare nu se decelează deficit motor evident; totuşi copilul acuză slăbiciune în membrul inferior drept. Motolitatea pasivă: nu are contractură. Forţa musculară este sensibil diminuată la mâna dreaptă. Dismetrie nu are, adiadococinezie nu prezintă, nu are tremur al degetelor, nu are ataxie. Reflexele osteotendinoase: stiloradial prezent bilateral, cubitopronator prezent, bicipital şi tricipital prezente şi egale. Reflexul rotulian diminuat la dreapta, prezent la stânga; cel achilian diminuat la dreapta, prezent la stânga. Nu are clonus al rotulelor, nu are trepidaţie epileptoidă a piciorului. Reflexele cutanate abdominale sunt vii bilateral. Reflexul cutanat plantar în flexiune bilateral.

Mersul: târăşte uşor piciorul drept. Nu are turburări de sensibilitate tactilă, termică, dureroasă sau vibratorie. Nu are turburări trofice, vasomotorii sau sfincteriene.

Cord: ritm regulat, nimic orificial.

Plămân: respiraţia aspră, infantilă; nimic supraadăugat. In restul organelor toraco-abdominale nu se notează nimic patologic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sânge: reacţia B. Wasserman şi Meinike negative.

Lichid cefalo-rachidian: B. Wasserman negativă, Pandy şi Nonne-Appelt negative, Guillain negativă, limfocite 1 pe mmc. la celula Nageotte.

Se institue un tratament cu iodaseptină salicilată, arenal şi raze ultraviolete.

3 Martie 1936, copila poate alerga, poate mânca singură, fără a scăpa lingura din mână. Mersul e bun. Nu are nici o turburare obiectivă. Revenirea la normal e perfectă.

5 Martie 1936, părăseşte spitalul vindecată.

Revăzută după o lună, starea de sănătate se menţine aceeaş, copila urmează la şcoală.

Martie 1937. Starea de sănătate actuală este desăvârşită, copilul se desvoltă normal, atât fiziceşte cât şi din punct de vedere psihic.

In cazul de mai sus e vorba de un sindrom caracterizat prin uşoare turburări psichice, turburări de vorbire mai pronunţate — vorbirea era, la un moment dat, neinteligibilă — şi hemipareză dreaptă. Procesul morbid era, aşa dar, localizat în hemisferul stâng al encefalului.

Caracterul benign şi trecător al turburărilor rapid regresive apropie cazul nostru de acela al lui Leyden, în care era vorba de o afazie tranzitorie postrougeolică prin encefalită uşoară.

Acelaş caracter de benignitate şi rapiditate a evoluţiei către vindecare ne face să admitem că fenomenele de encefalită au fost datorite, din punct de vedere anatomo-patologic şi patogenic, la turburări vasomotorii predominente, congestie, oedem, diapedeză şi poate, uşor focar incipient inflamator de partea stângă, rapid rezorbit de procesul de vindecare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din punctul de vedere al pronosticului general al rugeolei, cazul ne pare instructiv, fiindcă, chiar dacă la un bolnav nu au apărut complicaţii din partea celorlalte organe, aceste complicaţii nervoase sunt posibile, mai ales în cazurile cu febră mare şi exantem accentuat. Pronosticul în acest caz este mai puţin bun, dacă suntem avertizaţi de posibilitatea apariţiei acestor complicaţii, vom fi mai rezervaţi în formularea acestuia.

STUDIU ANATOMO-CLINIC A UNUI CAZ DE INFANTILIZM CE PREZINTA SIMPTOME COREICE SI O PARAPLEGIE FLASCA

de

D-r MAREŞ CAHANE şi D-r TATIANA CAHANE

După cum arată titlul, asociaţia acestor simptome este destul de rară, astfel că am crezut că este interesant să redăm observaţia cât şi examenul anatomo-patologic al sistemului nervos şi a glandelor endocrine mai importante.

Bolnavul D. I., de 16 ani, a fost internat de comună din cauza deficitului intelectual şi a impotenţei membrelor inferioare. N'are părinţi şi nu cunoaştem alte rude, astfel că nu putem afla nimic din antecedente. Deasemenea desvoltarea psihică a bolnavului nu permite să putem afla datele ce ne interesează.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Starea prezentă: Talia, 125, greutatea kgr., constituţia displazică, tegumentele de aspect mat, culoare brun-galbenă, tegumentele obrajilor roşietice. Pielea groasă, aspră, mai ales în regiunea inferioară a membrelor, inf.. a coapselor şi regiunea pelviană, unde găsim cute groase, aspre şi adânci. Acestea se explică fiindcă bolnavul are o paraplegie, merge târându-se pe jos pe aceste puncte de sprijin. Sistemul pilos e relativ bine desvoltat în regiunea capului, părul de culoare neagră, mat, des implantat, firul gros şi aspru. Nu găsim caracterele sexuale secundare, părul fiind lipsit în regiunea pubiană. Sistemul adipos relativ slab desvoltat, distribuţia lui topografică nu prezintă nimic particular.

In ce priveşte musculatura, ea este desvoltată mijlociu pe trunchiu şi extremităţile superioare; la membrele inferioare însă toată massa musculară a regiunei gambiere şi a piciorului este mult atrofiată, bolnavul cum am spus se deplasează mulţumită stării funcţionale mai puţin atinsă a muschilor coapsei Sensibilitatea este păstrată (dureroasă, tactilă, termică).

Din punct de vedere a sistemului osos, nimic deosebit.

Craniu, perimetru 54 cm. Diametrul antero-post 16, diametrul transvers 14,7, indicele cefalic 80,71 tip subbrahicefal. Capul este turtit în partea posterioară imediat după creştet. Protuberanţa occipitală din contră este foarte accentuată. Fruntea dreptunghiulară fără zgheaburi, lată de 13 şi înaltă de 5 cm. Ridicăturile frontale, arcadele sprâncenoase nu sunt accentuate. Ochii enoftalmici, puţin alungiţi, nistagmus vertical. Pupilele egale, reacţionează şi se

acomodează la distanţă. Genele lungi, se îmbină pe linia mediană. Nasul uşor trilobat. Gura mijlocie, buzele subţiri, mucoasa bucală, labială, palidă. Dinţii în stare bună. Bărbia rotundă, mică. Faţa în genere este rotundă, pielea puţin zbârcită, cu malarele neproeminente. Diametrul bimalar 9, diametrul biauricular II, diametrul bizigomatic 10 cm. Urechile alungite şi înguste (2 cm. sus), atât pavilion cât şi porţiunea inferioară. Lobul aderent. Gâtul înalt de II cm,. circomferinţa lui de 28 cm. Tiroida greu palpabilă. Spaţiurile supra şi subclaviculare bine accentuate cât şi spaţiurile intercostale.

Sternul drept, lung de 14 şi lat de 5 cm. Unghiul lui Ludwig puţin evidenţiat.

Circomferinţa toracelui la nivelul coastei a 4-a 72,5 cm. Diametrul antero-post la nivelul coastei a 4-a: 18, diametrul transvers la acelaş nivel: 18 cm. Diametrul biacromial: 25 cm.

Capacitatea toracică 4284 cm.^{3} Lungimea xifo-epigastrică: 5,5 cm. Diametrul antero-post ipocondriac: 19, diametrul transvers ipocondriac: 20 cm. Abdomenul balonat. Capacitatea abdominală superioară 2090 cm.^{3} Lungimea pubo-epigastrică: 17 cm. Diametrul biiliac: 20 cm. Capacitatea abdominală inferioară 6460 cm.^{3} Capacitatea abdominală totală 8550 cm.^{3} Lungimea membrelor superioare: 42 cm.

Lungimea braţului: 29 cm., circomferinţa lui la mijloc: 18, lungimea antebraţului: 19 cm., circomferinţa lui în treimea superioară: 18, circomferinţa lui în treime inferioară: 14 cm., lungimea mâinei: 11 cm., circomferinţa ei 16,5 cm.

Lungimea membrelor inferioare: 58 cm.

Lungimea coapsei: 35 cm., circomferinţa la mijloc: 32 cm. Lungimea gambei: 29 cm., circomferinţa ei în treimea superioară: 24 cm., circomferinţa ei în treimea inferioară: 17 cm. Lungimea piciorului: 18,5 cm., circomferinţa lui: 18 cm.

Valoarea membrelor după Viola: 100.

Bolnavul având vârsta de 16 ani, este totuşi infantil, înfăţişarea lui exterioară ar fi ca la un copil de 10—11 ani, gradul de desvoltare psihică se găseşte pe o treaptă cu totul inferioară, deficitul intelectual este egal cu acela din idioţia superioară.

Punând bolnavul în stare de repaus constatăm uşor mişcările coreice. Capul se înclină câteva minute înainte şi în jos, deodată este întors într'o parte, printr'o mişcare de rotaţie bruscă, faţa este animată mereu de multiplele grimase, mişcări de natură spastică, comisurele bucale se contractă în diferite direcţii, nistagmus vertical.

Tot trunchiul prezintă aceste mişcări coreiforme, ele sunt involuntare, bruşte, de amplitudine mare. Din această cauză şi respiraţia este tahipneică, faţa ia atunci aspect anxios. Câteodată constatăm aerofagie. Râsul bolnavului, vorba lui este de multeori inperceptibilă, pentrucă este întreruptă de mişcările coreiforme.

Membrele superioare şi inferioare deasemenea prezintă mişcări coreiforme, care se evidenţiază şi mai mult la o mişcare voluntară.

Constatăm la bolnavul nostru o paraplegie de tip flasc, membrele atârnă flasc, el nu este în stare să-şi ţină echilibrul static nici dinamic. Fiind susţinut de subsori de un infirmier membrele se târăgănesc mai mult după trunchiul tras înainte. Mersul şi mişcările membrelor inferioare sunt abolite,

mişcări involuntare perzistă sub forme de amplitudine mijlocie. Tot capul prezintă atunci contracturi spastice, dezordonate, bruşte de amplitudine mare şi variabilă. Bolnavul se târăe pe pămînt, folosindu-se mult de palma mâinilor şi genunchii, din care cauză pielea acestei regiuni este foarte aspră şi rugoasă. (Vezi fig. 1).

Am spus că din punct de vedere a motilităţii, bolnavul prezintă o paraplegie cu atrofie însemnată a muşchilor membrelor inferioare, mai ales a gambei şi a piciorului. Mişcările active se fac foarte reduse, cele pasive numai până la un anumit nivel.

Din punct de vedere a sensibilităţii: cea dureroasă, termică sunt păstrate, cea tactilă pare a fi mai alterată, bolnavul este redus mult din punct de vedere psihic, astfel că este greu să ne orientăm în ce priveşte sensul exact al răspunsului. De notat totuşi oarecare hiperestezie.

Fig. 1.
Bolnavul este susţinut de un infirmier.

După diferitele probe asupra vederii, examinarea sensibilităţii cromatice, a gustului, mirosului, pare că bolnavul nu are turburări senzoriale. In ce priveşte reflexele: cele tendinoase sunt păstrate normal în partea superioară a trunchiului şi la membrele superioare. La membrele inferioare reflexul rotulian este abolit. In loc de Babinsky observăm că excitaţia tălpii determină depărtarea degetelor. Din reflexele cutanate cele abdominale sunt păstrate, deasemenea reflexul cremasterian. Clonusul rotulei şi a piciorului nu se produce. Din reflexele mucoase numai reflexul mucos se produce normal mai slab. Reflexele de postură nu se produc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din partea aparatului respirator: bronchită ce recidivează des.

Din partea aparatului cardiovascular: Puls 90. Nimic deosebit la cord.

Aparatul digestiv funcţionează bine.

Aparatul sexual este mult redus, penisul este mic, testiculele mult reduse de volum. Caracterele sexuale secundare lipsesc.

Dermografizmul nu este pronunţat.

Din punct de vedere psihic bolnavul se prezintă cu un însemnat deficit intelectual. Faciesul fără nici o expresie sau având o expresie cu totul infantilă. Limbajul limitat la câteva cuvinte numai. Este liniştit, docil, se ataşează uşor de persoane care îl îngrijesc. Nu este gatos. Instinctul sexual nu există.

Examenele Bordet-Wasserman în lichid cefalo-rachidian şi sânge sunt negative. Reacţia Ballung-Müller în sânge: slab pozitivă, în lichid cefalo-rachidian negativă, nu se găsesc elemente leucocitare în lichidul cefalo-rachidian. Uree în lich. cef.-rachidian: 0,34$^0/_{00}$.

Examenul urinei: albumină, zahăr, puroi: negativ. Diureza: 650 gr. Densitatea: 1015. Clor: 5,60$^0/_{00}$.

Bolnavul sucombă în urma pneumoniei duble după ce a fost sub observaţia noastră mai bine de 4 ani.

Din punct de vedere anatomo-patologic:

Ţesutul nervos: meningele îngroşate şi infiltrate. In toată scoarţa cerebrală se găsesc leziuni inflamatorii, leziuni perivasculare, noduli inflamatori, vasculerită şi capilarită.

Acelaş tablou regăsim în regiunea infundibulară şi în mezocefal. Locus niger nu este atins, totuşi în apropierea acestuia găsim procesul de perivascularită. In nucleii opto-striaţi leziunile inflamatorii sunt nete.

Pe secţiunile din măduva lombară constatăm atingerea însemnată a coarnelor anterioare, caracteristice polioencefalitei. Ficatul prezintă: supraîncărcare lipoidică însemnată, toate celulele sunt pline cu lipoizi. La examenul secţiunilor incluse în parafină, celulele hepatice apar cu numeroase vacuole. Rinichiul prezintă o congestie puternică, canaliculele renale sunt pline cu ţesut epitelial, glomerurele sunt contractate. Splina prezintă un ţesut rarefiat, iar corpusculii lui Malpighi nu sunt prea numeroşi.

Examenul histologic a ţesutului cardiac nu prezintă nimic particular.

Tiroida prezintă o imagine de ipofuncţiune.

La examenul suprarenalelor constatăm o congestie puternică în ţesutul cortical. Medulara este frumoasă, corticala este redusă, ţesutul este mai rar, recticulara are înălţimea diminuată.

Testiculele prezintă o imagine de atrofie însemnată. Nu constatăm ţesut interstiţial, nici spermatogeneză sau vreun lichid care să umple canalele seminifere. Acestea din urmă sunt reduse, e un strat sau două de celule rarefiate şi apropiate de ţesutul conjonctiv care a rămas ca un schelet. Nu se constată celulele lui Sertoli.

Ipofiza este mică, în unele regiuni ţesutul este rarefiat, vascularizaţia este destul de abondentă. In general avem impresia că numărul celulelor eosinofile este redus. Celulele cianofile predomină în mod însemnat în regiunile periferice, sunt bine colorate, formează grupe de cordoane. Celulele cromofile şi fără nucleu formează imagini preponderante. Celulele eosinofile se găsesc mai mult către mijlocul ipofizei, sunt circumscrise, bine delimitate, rar găsim sincriţii.

In rezumat: avem de a face cu un bolnav care sufere de coree cronică, paraplegie flască şi infantilism. In privinţa cauzei ce a produs aceste simptome, fără îndoială că a existat un proces poliomielitic care s'a întins către creer producând leziunile cerebrale şi ale nucleilor opto-striaţi.

Posibilitatea acestui proces a fost pusă în evidenţă de Marinescu, Manicatide şi Drăgănescu cari au descris în cazurile de poliomielită leziuni însemnate la baza creerului şi în mezocefal. Autorii au găsit maximul de leziuni la nivelul nucleilor ventrali ai tuberului şi a nu-

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

cleilor paraventriculari, inflamaţia era mai puţin însemnată către talamus şi nucleii centrali.

In cazul nostru simptomele de coree cronică ar fi datorite unor leziuni asemănătoare.

O menţiune specială trebuie acordată simptomelor de infantilism, cum se explică ele? Ne-am putea gândi la o acţiune directă a infecţiunei de care a suferit bolnavul asupra glandei ipofize. N'am constatat la examenul histologic leziuni inflamatorii. Am putut nota însă o diminuare a numărului eozinofilelor şi rarefacţia relativă a ţesutului din lobul anterior.

Ne-am gândit dacă leziunile inflamatorii constatate în regiunea infundibulară n'ar fi determinat aceste modificări histologice. Aceasta pare cu atât mai verosimil cu cât recent am putut determina pe cale experimentală prin leziuni tuberiene o modificare însemnată în lobul anterior al hipofizei la şobolani. In special am găsit o însemnată rarefacţie a ţesutului şi scăderea celulelor eozinofile.

Reproducem fotografia unui animal operat şi martor spre a ilustra aceasta (fig. II). Inţepătura infundibulară s'a făcut în 28/VIII, 1936; animalul a avut greutatea iniţială 201 gr. A fost sacrificat în 15/XII 1936, greutatea finală a fost de 158 gr. Martorul a avut o greutate iniţială de 151 gr. şi o greutate finală de 312 gr.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 2. Dela stânga la dreapta — animalul operat şi animalul martor.

Se ştie din cercetările a numeroşi autori (Cushing, Evans, Smith, Long, Houssay, etc.), că celulele eozinofile ar secreta hormonul de creştere.

In ce priveşte legăturile regiunei infundibulare cu ipofiza s'au descris de Greving, Roussy şi Mosinger, Niculescu, etc., numeroase fibre nervoase care traversează tulpina pituitară până în ţesutul ipofizar. Astfel recent Roussy şi Mosinger au găsit că unele fibre se termină în zona de transiţie a ipofizei anterioare. Or această zonă conţine celule eozinofile cari secretă principiul de creştere şi probabil

principiul iperglicemiant. Căile hypotalmo-ipofizare intervin deci în oarecare măsură în aceste funcţiuni.

Considerentele de mai sus ne fac să ne gândim la numeroasele cazuri de idioţie şi de debilitate mintală unde un proces infecţios care a atins sistemul nervos explică destul de bine aceste simptome. La aceşti bolnavi se constată destul de des diferite grade de infantilism. E foarte probabil că cel puţin în unele din aceste cazuri ar interveni procesul descris de noi mai sus.

In viitor când se vor întâlni cazuri asemănătoare va trebui să se ţină seamă de faptele găsite de noi şi să se studieze sistematic sistemul endocrin cât şi regiunea infundibulară.

BIBLIOGRAFIE

1) *Cahane M.* et *Cahane T.*: Sur certaines modifications de l'hypophyse après une lésion du centre infundibulaire regulateur de la fonction génitale Revue Francaise d'Endocrinologie, No. 5, 1935. — 2) *Cahane M.* et *Cahane T.*: Considération sur un centre nerveux infundibulaire regulateur de la fonction génitale. Journ. belge de Neurologie et Psych No 5, Mai 1934 — 3) *Cahane M.* et *Cahane T.*: Sur certaines modifications des glandes endocrines après une lésion diencephalique. Revue Francaise d'Endocrinologie (sous presse). — 4) *Cushing:* The Harvey Lectures 1932—1933. — 5) *Marinesco, Manicatide* et *Drăgănescu:* Considérations cliniques, anatomo-pathologiques etc. sur l'épidémie de paralysie infantile en Roumanie 1927. — Bull de la Soc. Roum. de Neurologie, Psych, Psych. et Endocrin. IV-ème Année No. 3, 1927. — 6) *Roussy* et *Mosinger:* C. R. Soc. Biol. 12 Juin 1935. — 7) *Roussy* et *Mosinger:* Presse Médicale No. 79, 1936, page 1522—24.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE CHIST HIDATIC MUSCULAR

de

D-r CONST. EFTIMIE şi D-r ŞTEFAN MARIN

Medic-Primar-Chirurg, Spitalul Piatra N. Medic Secundar

In literatura medicală, chistele hidatice muşchiulare nu sunt prea rare. După localizarea lor cele mai dese sunt în muşchii sacrolombari, deltoid, triceps, pectoral.

Mai rar însă la gât în regiunea supra-claviculară, sterno-cleido-mastoidian, muşchi hioidian, iar la cap nu s'a semnalat niciodată afară de muşchii temporali.

Infecţia echinococică făcându-se pe cale sanguină, exceptând cazul rar al grefei operatorii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cazul nostru chistul este localizat în regiunea supra-spinoasă şi în grosimea muşchiului trapez.

Chistul hidatic muschiular se întâlneşte la ambele sexe atingând obişnuit oameni tineri, înainte de 30 ani. Aproape întotdeauna sunt primitive şi izolate, făcând excepţie bolnavii lui „Koerte", cari aveau în acelaş timp şi un chist hidatic al ficatului. Caracterele anatomice ale chistului sunt aproape aceleaşi pretutindeni, cu formă rotundă, foarte rar însă şi multilobulat.

Diagnosticul este foarte dificil de pus, căci mai greu se presupune o afecţiune atât de excepţională şi mai degrabă s'a confundat chistul hidatic muscular cu abcesele reci, lipoane, chist seros, etc. Chiar dacă ne-am gândi la aforismul lui Denouvilliers „o tumoare intra-muschiulară regulată cu evoluţie mai mult sau mai puţin lentă, tare, rotundă, este aproape întotdeana un chist hidatic".

Simptomatologia este ca a oricărei tumori benigne. Evoluiază lent şi pot la un moment dat să rămâie staţionare, tumoarea fiind recunoscută atunci când a atins un volum mai mare, până la un cap de făt, putând să provoace turburări nervoase sau vasculare sau, mai rar evoluiază brusc în urma unui accident oarecare prin supuraţie sau rupere spontană.

Tumoarea se prezintă regulată, nedureroasă din care cauză este neglijată; bolnavul nostru venind să-şi facă o operaţie estetică,

iar nici decum din cauza turburărilor pe cari nici nu le-a avut, de consistenţă elastică, netedă, bombează în acea regiune neaderentă de ţesuturile vecine şi cu tegumentele ce o acopăr normale.

Singurul lucru care ne-ar pune pe calea unui sigur diagnostic ar fi puncţia chistului; extracţia lichidului care este clar ca apa de stâncă, formula leucocitară şi reacţiunile „Weinberg-Pârvu şi Cassoni".

Iar ca tratament extirparea sau marsupializarea, după cum este steril sau supurat.

Observaţia clinică: Bolnavul I. Dăscălescu, în etate de 42 de ani, din com. Tg.-Neamţ, vine la consultaţiile acestui spital în ziua de 26 Martie 1931, pentru o tumoare în regiunea supra-spinoasă dreaptă.

Antecedente heredo-colaterale şi personale fără importanţă.

Istoricul boalei actuale: Boala datează de 7 ani de zile, dată când a observat apariţia unei mici tumori în regiunea supra-spinoasă, tumoare ce cu timpul s'a mărit, fără însă a-i pricinui cel mai mic inconvenient.

Starea prezentă: Bolnavul de profesiune mecanic, bine conformat, robust. Prezintă în regiunea supra-spinoasă dreaptă o tumoare de mărimea unui cap de făt. Această tumoare nu este dureroasă, tegumentele ce o acopăr sunt normale, este netedă, regulată, elastică, fluctuentă şi mobilă. Mată la perpuţie. Tumoarea se imobilizează la contracţia muşchilor şi se mobilizează mai mult sau mai puţin atunci când muşchii sunt în repaos. Tumoarea este aşezată în grosimea muşchiului trapez. Bolnavul nu febricitează.

Bănuind un abces rece, facem puncţia tumorei care ne dă un lichid clar ca apa de stâncă, ce este caracteristică chistelor hidatice.

Cu toate acestea se face reacţia lui Weinberg-Pârvu, care este intens pozitivă; formula leucocitară nu s'a mai făcut.

Operaţia: Se face anestezie generală cu cloroform. Ne propunem extirparea chistului, cu toate acestea ca precauţiune se face formolizarea chistului cu soluţia 20% (Dévé), cu mare atenţie reuşim a-l extirpa în întregime nefiind aşa de aderent.

Suturăm plaga fără nici un dren, având mare grijă de a face un pansament compresiv asupra cavităţii chistice. La opt zile se scot firele, plaga fiind închisă normal şi fără nici un accident.

De notat că acest bolnav a fost tratat ambulatoriu. Revăzut după patru ani de zile, ia locul chistului, nu se mai observă decât o cicatrice liniară lăsată de sutură.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IMPORTANTA RADIOGRAFIEI PULMONARE IN ASPIRATIA CORPURILOR STREINE CU GREUTATE MOLECULARA MICA, IN LEGATURA CU UN CAZ

de

D-r EUGEN HERSKOVITS
Medic Radiolog București.

Corpurile streine cu greutate moleculară mare — ca de exemplu bucăți de metale grele, cauciucul, sau bucăți de sticlă, etc. — care prin aspirație au ajuns în laringe, trachee, în bronchia dreaptă sau — mai rar — în cea stângă, se pot pune în evidență foarte ușor cu ajutorul mijloacelor de radiodiagnostic — bineînțeles dacă nu au un volum prea redus.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In fiecare caz suspect de corp strein aspirat, este indicată radioscopia bolnavului din diferite direcțiuni, începând cu regiunea nasofaringiană, trecând apoi la torace și chiar la abdomen.

Ochiul bine adaptat va observa cu ușurință corpurile streine de volum mai mărișor, de greutate moleculare mare, care ar fi localizate în laringe, trachee sau în unele din bronchiile principale, fiindcă aceste organe pline cu aer, măresc contrastul dat de corpul strein.

După ce corpul strein a fost descoperit trebuie exclus eventualitatea unui sediu esofagian al său. Dacă umbra corpului strein, privită din profil, e situată la o oarecare distanță de coloana vertebrală și se proiectează în transparența căilor respiratoare superioare, avem suficiente argumente, să stabilim că a fost inspirat și nu înghițit. Semnul cel mai sigur însă constă în faptul că la examenul pasagiului esofagian cu substanță contrastă, corpul strein, e situat la oarecare distanță de esofagul umplut și că se mișcă, în sus în timpul deglutiției și în jos la inspirație.

După localizarea radioscopică a corpului strein, se va executa radiografia frontală și sagitală, a regiunei corespunzătoare, această radiografie fiind apoi îndrumătorul operatorului în timpul scoaterei corpului strein.

Bronchoscopia nu se va face niciodată înaintea examenelor radiologice, deoarece corpul strein fiind localizabil eventual pe cale radiologică, se va putea evita intervenția grea și nu complect ino-

fensivă a bronchoscopiei. Bronchoscopia va fi necesară la scoaterea corpului strein, această operaţie având o durată mult mai mică, după localizarea radiologică.

Bronchoscopia e contraindicată în caz de aneurism al aortei sau al trunchiului brachiocefalic. Examenul radiologic făcut pentru localizarea corpului strein ne poate informa şi asupra stărei organelor susnumite.

Imediat după bronchoscopie, e contraindicat examenul pasagiului esofagian, deoarece cocainizarea tracheei ar putea provoca aspirarea substanţei contraste.

Când corpul strein nu se găseşte radiologic, trebuie să recurgem la examenul bronchoscopic, pentru a putea exclude cu certitudine prezenţa corpului strein. Bucăţi de ace, putând ajunge foarte lesne în plămâni, este indicată în asemenea cazuri şi teleradiografia plămânilor.

După cum am văzut, corpurile streine, cu greutate moleculară mare, se pun în evidenţă prin examenele radiologice în mod direct, pe când cele cu greutate moleculară mică în mod indirect. Astfel de corpuri streine sunt: oase de peşte, de păsări, oase mai subţiri de patrupede, bucăţi de lemn, aluminium, etc. Greutatea moleculară a acestor corpuri streine fiind apropiată de greutatea moleculară a părţilor moi din organism, adică de acea a apei, aceste corpuri nu se vor desena nici pe ecran şi nici pe filmul radiografic.

In caz deci de aspiraţie a unor astfel de corpuri streine, trebuie făcută neapărat atât radioscopia cât şi teleradiografia plămânilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dacă corpul strein se află de câteva zile într'o bronchie, prezenţa sa va determina apariţia unui proces inflamator ce va contribui deasemenea la obliterarea bronchiei corespunzătoare şi deci la un oarecare grad de atelectazie a plămânului corespunzător.

Cazul următor ne va demonstra foarte clar importanţa radiografiei plămânilor în cazul aspiraţiunei unui corp strein cu greutate moleculară mică:

In anul 1932, trimis de colegul internist D-r Schwartz, se prezintă la consultaţiile mele un pacient în etate de 58 ani, pentru examenul radiologic al plămânilor. Bolnavul cu habitus emfizematos, cântăreşte 105 kgr. şi se plânge de următoarele: cu 14 zile înainte ar fi înghiţit un os de crap, căpătând apoi un acces de tusă, care s'a repetat de câteva ori în decurs de câteva ore, dispărând apoi complect.

In ultimile 4 zile tusea a revenit destul de intensă şi expectorează o spută muco-sanguinolentă. Deglutiţia e normală. Pacientul e afebril şi clinicește nu se găseşte nimic anormal din partea organelor toracice.

La examenul radioscopic al toracelui nu să prezintă nimic deosebit, pasagiul esofagian e deasemenea normal. Teleradiografia plămânilor însă ne prezintă o voalare uniformă a întregului plămân drept, voalare atât de redusă însă, încât poate fi constatată numai după un minuţios examen comparativ cu plămânul stâng.

Prin excluderea altor cauze am fost de părerea că reducerea ventilaţiei plămânului drept poate fi produsă numai de corpul străin aspirat (corp străin

pe care bolnavul e convins că l-a înghiţit), care împreună cu inflamaţia locală desvoltată în jurul său, a dus la o stenoză parţială a bronchiei principale drepte. In urma indicaţiunilor mele D-l D-r Kessler a extras cu ajutorul bronchoscopiei, din bronchia dreaptă un os destul de mare de crap.

Timp de câteva zile după extragerea corpului străin bolnavul expectorează o spută mai sanguinolentă ca înainte, însă o radiogramă practicată la 7 zile după extracţie, ne prezintă o ventilaţie egală a ambilor plămâni.

Acum un an, bolnavul a revenit pentru controlul plămânilor. Subiectiv nici o turburare. Radiologic nu se găseşte nici o modificare din partea organelor toracale, aşa încât examenul nostru a exclus orice complicaţie pe care ar fi putut-o cauza corpul străin, purtat de pacient timp de 2 săptămâni, în bronchia principală.

In concluzie insist asupra faptului, că fără radiografia minuţioasă a plămânilor nu s'ar fi putut observa mica voalare a plămânului drept şi nu pot îndeajuns de mult atrage atenţia asupra absolutei necesităţi a teleradiografiei toracelui, în toate cazurile unde este indicat examenul radiologic al plămânilor.

Deoarece mica voalare a plămânului drept, nu e vizibilă pe copie, regret de a nu putea alătura clişeul la acest articol.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MAGNOGENE

care este compus din:

CHLORURA de MAGNESIU
BROMURA de MAGNESIU
FLORURA de MAGNESIU
IODURA de MAGNESIU

este

Modificatorul citoplastic şi stimulentul biologic al organismului.

Modul de întrebuinţare: 4 drageuri, dimineaţa la micul dejun
Se va înghiţi, fără a se sfărâma

Cereţi descripţiuni detaliate
Reprezentantului „Laboratoarelor ROMON, Paris"
GEORGES VERGLAS
Str. Precupeţii Vechi No 1 — BUCUREŞTI, III.

CONSIDERATIUNI ASUPRA TUMORILOR MIXTE ALE PAROTIDEI IN LEGATURA CU UN CAZ PERSONAL

de

D-r CONSTANŢA IONESCU

Medic serv. stomatologic Craiova.

Tumorile mixte ale parotidei, deşi întâlnite rar, prin evoluţia şi pericolul apropiat sau mai îndepărtat, la care este expus bolnavul, merită toată atenţia şi în legătură cu cazul ce prezint, voiu face o scurtă privire asupra acestor tumori.

Bolnavul R. Urâtu de 38 ani, plugar, vine la consultaţie în ziua de 20 Maiu, pentru tumoră dureroasă a parotidei drepte.

Antecedente heredo-colaterale şi personale: fără importanţă.

Istoric: boala a început în anul 1916 cu dureri în regiunea parotidiană dreaptă, însoţită de prezenţa unei tumori mici cât o nucă, mobilă, nedureroasă, situată înapoia unghiului maxilar. Durerile ce apăruseră la început, n'au durat decât 2—3 săptămâni şi în afară de proeminenţa puţin marcată a tumorii şi câteva sgomote asemănătoare cu cracmente ce însoţeau mişcările maxilarului, nu a semnalat nimic. Continuând să crească, tumora a ajuns încă de acum 5 ani cât o portocală, stânjenind mişcările gurei. Totuşi tumora era dură şi mobilă, mişcând-o adesea chiar bolnavul. In luna Ianuarie, devenind imobilă şi dureroasă, bolnavul se decide să vină la consultaţie.

Stare prezentă: Bolnavul de constituţie mediocră. Reacţie Wassermann, negativă. Prezintă în regiunea parotidei drepte o tumoră de mărimea unei portocale mari, imobilă şi însoţită de dureri. Mişcările maxilarului sunt limitate, pe de o parte exagerând durerile, iar pe de alta, fiind stânjenite de volumul tumorei. Ganglionii sunt absenţi. Tegumentele ce o acopăr, normale. La palpare găsim o tumoră dură, imobilă, dureroasă la apăsare, profundă. Examenul endobucal, nu ne prezintă nimic anormal.

Operaţie: Sub anestezie locală cu novocaină se face o incizie dela conductul auditiv extern până dedesubtul unghiului maxilar. Se liberează tumora împreună cu glanda şi toate prelungirile ei după procedeul lui Pierre Duval şi H. Redon. Se secţionează canalul Stenon şi ramura inferioară a facialului, păstrându-se cea superioară. Se suturează lăsându-se un mic dren. După trei săptămâni, bolnavul iese vindecat, prezentând doar o uşoară cădere a comisurei din partea operată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu frequenţa, tumorile mixte ale parotidei se observă destul de rar. Mai frecvente la femei decât la bărbaţi, după statistica arătată de Mc. Farland, din 378 cazuri publicate în literatură, 177 ar fi la bărbaţi şi 201 la femei. In privinţa sediului, în cazul nostru tumora este la dreapta, deşi după statistica lui Mc. Farland se găsesc mai frecvente la stânga. Astfel în o serie de cazuri publicate, 114 sunt la dreapta şi 135 la stânga.

Vârsta la care apare ar fi între 20—30 ani şi durata evoluţiei până la 30 ani. După autori, între cari şi Mc. Farland, ar fi până la 50 ani, fără să sufere încă o transformare malignă.

Asupra Patogeniei acestei tumori, părerile sunt împărţite. Şcoala franceză a susţinut la început, în frunte cu Berger că de oarece tumorile prezintă caractere anatomice şi evoluţie clinică întotdeauna aceiaşi şi numai unde există glande salivare, ar fi de origină glandulară. Această teorie franceză a fost combătută de cea germană, care în frunte cu Volkmann şi Küttner au susţinut originea exclusiv conjunctivă a acestor tumori. Mai târziu însă, atât în Germania, cât şi în Franţa, o nouă teorie caută să explice geneza acestor tumori. Toţi aşează origina în elementele embrionare ale ţesutului glandular şi care proliferează la un moment dat. Cohnheim a spus că condromul parotidei provine din porţiunea cartilaginoasă a arcurilor brahiale. Cuneo şi Veau atribuesc origina tumorilor mixte incluziunei resturilor brahiale.

Mc. Farland, în lucrarea sa asupra 90 tumori a regiunei parotidiene din 6 Decembrie 1926, susţine că tumorile acestea ar lua naştere din anclavarea ţesutului embrionar provenit din arcurile branhiale, deci nu provin din ţesutul glandular.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După Lacost, în teza sa (1927) tumorile mixte ale parotidei ar fi neoplasme, în care se găsesc elemente derivate din două straturi iniţiale: unul epitelial şi altul mezodermic. Până în prezent însă, o teorie care să explice net şi sigur patogenia acestor tumori, nu avem. Evoluţia acestor tumori, este în majoritatea cazurilor foarte lungă. In cazul nostru, abia după 15 ani, tumora a ajuns volumul unei portocale, iar după 20 ani a dat turburări mai accentuate, care au condus pe bolnav la medic.

Evoluţia. Prima perioadă, numită şi perioada benignă, este foarte lungă, ajunge după Mc. Farland până la 50 ani. Creşte foarte încet şi fără să producă turburări grave. Volumul tumorii poate ajunge până la 1600 gr. şi chiar 3 kgr. Tumora e net limitată, înconjurată de o capsulă fibroasă şi separată de restul ţesutului glandular printr'un strat celular lax, care face ca tumora să fie mobilă. Când sunt de volum mic, au forma rotundă şi dure la pipăit. Ajungând volume mai mari, iau forma boselată, aceste boseluri putând fi moi, depresibile, adesea chiar fluctuente, însă întotdeauna prezentând din loc în loc puncte tari consecutive unor insule de cartilaj. Sediul tumorii este de obiceiu înaintea conductului auditiv extern, înapoia unghiului maxilar, sau în prelungirea faringiană, când dă moartea prin asfixie.

Stadiul al 2-lea corespunde transformărei maligne. Această

perioadă este anunţată de o creştere bruscă şi rapidă a tumorii. Durerile spontane mai mult sau mai puţin vii, însoţite în acelaş timp de paralizia facială, e semn sigur de evoluţie malignă. Chiar în aceste cazuri, năvălirea ganglionară este rară. Fr. Stöhr şi E. Risak în 29 Decembrie 1926, în lucrarea „Studiul anatomic şi clinic al tumorilor parotidei", semnalează că majoritatea cazurilor de transformări maligne sunt către a 3-a sau a 4-a decadă. Aderenţele nu sunt semne de malignitate. Astfel în 22% din cazuri, autorii găsesc absenţa mobilităţii, în 30% dureri iradiate la ceafă sau obraz şi în 8 cazuri paralizia facială, fără să fie vorba de o transformare malignă. Deasemenea M. G. Pareja şi G. Orosc în lucrarea „Gigante tumori mixte ale parotidei cu degenerescenţă malignă din 4 August 1930, publică cazul unei femei de 65 ani, care prezenta o tumoră parotidiană dureroasă, ce s'a ulcerat, însă mobilă şi fără paralizia facialului. Totuşi examenul histo-patologic a arătat o degenerescenţă malignă. Un semn de malignitate ar părea să fie şi reproducerea tumorii după extirpare. Dacă tumora se extirpă dela început şi în special când e mobilă, nu recidivează decât foarte rar, de unde necesitatea de a fi diagnosticată şi enucleată cât mai curând. Farland citează cazuri de recidivă şi după 32 ani R. Palma în lucrarea sa asupra reproducerii tardivă a tumorilor mixte a parotidei, citează cazul unei recidive după 19 ani dela extirpare şi repetate încă de două ori, fără a ajunge la malignitate. Dat fiind evoluţia lentă, pronosticul este relativ bun, dar nu e complect benign, din cauza posibilităţii de transformare malignă şi a recidivelor, care se produc destul de frecvent, mai ales dacă bolnavul s'a operat târziu, de unde necesitatea unui diagnostic şi unei intervenţiuni precoce.

De foarte multe ori *Diagnosticul* nu este uşor de stabilit. Astfel la început, când tumora e mică, o putem confunda cu un Ganglion parotidian hipertrofiat. Acesta este însă dureros dela început. Mai târziu, când tumora devine mare şi boselată, trebue s'o diferenţiem de un Cancer al parotidei şi mai ales dacă e vorba de o tumoră mixtă ce a suferit o transformare malignă, aceasta fiind de o importanţă capitală din punct de vedere practic.

In cancer, tumora e ca un nodul dur ce aderă pielei. Comprimă nervii şi consecutiv dă dureri vii şi precoce. Ganglionii sunt prinşi. Stare generală rea.

In Chistele glandei parotidei, tumoră mică care este şi fluctuentă din cauza conţinutului lichid.

In Tuberculoza glandei parotide, în special forma este circumscrisă, şi avem la început o tumoră mică, rotundă, indolentă, sau prezentând o uşoară sensibilitate. Se deosebeşte prin evoluţia sa mai rapidă sub forma unui abces rece, ce se deschide deseori în canalul Stenon.

Tratament: Odată diagnosticul stabilit şi de preferinţă cât mai precoce, cea mai bună măsură de tratament este extirparea tumorei. Se recomandă ca această extirpare să fie cât mai complectă, pentru a pune bolnavul la adăpost de recidive şi consecutiv de transfor-

mări maligne. Apoi recidivele, în general sunt mai greu de operat, din cauza desvoltării tumorei mai în profunzimea organului. Ele pot deveni în acest caz chiar inoperabile şi bolnavii pot sucomba prin compresiune esofagiană, sau traheală, fără ca tumora să sufere transformarea malignă.

Pierre Duval şi Henri Redon în articolul publicat în Iunie 1932, relativ la exitrparea totală sau subtotală în tumorile mixte ale parotidei, recomandă această ablaţie a glandei. Cum nervul facial traversează glanda paratiroidă, pentru a evita secţiunea acestuia odată cu extirparea şi consecutiv şi accidentele, ce ar surveni prin secţiune, P. Duval şi H. Redon preconizează ablaţia parotidei cu conservarea micului bob glandular ce se găseşte sub trunchiul ramurei nervoase superioare a facialului. Acest procedeu s'a întrebuinţat şi la bolnavul nostru. In lucrarea sa, P. Duval şi H. Redon confirmă că din 5 cazuri citate cu astfel de ablaţie nu a recidivat nici unul. Unul cu ablaţia subtotală a recidivat după 8 ani.

Frenyo, în Ianuarie 1932, în lucrarea sa asupra tumorilor parotidei, arată că ablaţia tumorei cu glanda parotidă dă cel mai bun rezultat terapeutic.

Ablaţia totală sau subtotală preconizată de P. Duval şi H. Redon a fost complectată de F. M. Cadenat prin întrebuinţarea muşchiului digastric ca muşchiu corector al căderei comisurei de partea operată, singurul defect al operaţiei lui Daval, datorit secţiunei ramurei facial inferior.

In caz când rezultatul separaţiei e nul, se tratează prin radiumterapie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Agomensin

Substanţa idrosolubilă a ovarului, emenagogă şi stimulantă a funcţiunilor genitale.

Se administrează de multă vreme cu succes în:

AMENOREE ★ OLIGOMENOREE.
IN CONTRA FENOMENELOR DEFICITARE DUPĂ CASTRAŢIUNI ★ IPOPLASIE ★ STERILITATE IPEREMEZA GRAVIDELOR.

Cea mai raţională terapie ovariană.

Fiole Tablete

SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE à BÂLE (ELVEŢIA)

Rep. pentru România: Nic. Barna, Str. Romană 55, Bucureşti III.

TURBURARI MINTALE DE TIP CONFUZIVO-SCIZOFRENIC DISPARUTE DUPA INTERVENŢIE PENTRU CALCUL VEZICAL

de

D-r H. MAKELARIE
Medic Primar al Spitalului C.-Lung-Muscel.

Săteanul Nic. N. Gh. de ani 27 de fel din Comuna Godeni judeţul Muşcel, s'a prezentat în anul 1931 la consultaţiunile gratuite ale Spitalului din Câmpulung-Muşcel, pentru o scurgere purulentă uretrală abundentă, pe care o avea de doi ani şi pentru care mai primise sfaturi medicale.

Bolnavul prezinta şi turburări mintale, aşa că a venit la Spital întovărăşit de mama sa, care prezentându-ne bolnavul ne-a dat şi informaţiuni că boala de care sufere băiatul ei a avut răsunet şi asupra facultăţilor lui mintale, căci cu doi ani înainte ne spune dânsa, el suferea şi de tulburări mintale pe lângă scurgerea purulentă de care este vorba.

Bolnavul a fost internat în Spitalul din Câmpulung-Muşcel, unde examinat fiind, am găsit următoarele: — prezintă o statură mijlocie şi o constituţie debilă, din punct de vedere al examenului fizic nu am constatat nici un viciu de conformaţie, înfăţişarea diferitelor segmente ale corpului fiind normală, mersul bun, vederea şi audiţiunea normale.

Nu prezintă nimic deosebit din partea aparatului respirator şi nici din partea aparatului cardio-vascular; pulsul normal, ritmic, 70 pe minut. Deasemenea nu prezintă nimic deosebit din partea funcţiunilor organelor abdominale. Examenul urinei nu prezintă albumină, conţine însă un depozit gros în care examenul microscopic arată celule de puroi. Scurgerea purulentă uretrală este destul de abundentă şi prezintă o culoare opalescentă şi consistenţă semifluidă. Această scurgere nu conţine gonococi şi se constată că este de natură vezico-uretrală, căci cateterismul vezical lasă să se scurgă din băşică urină tulbure cu un depozit purulent.

Cu această manoperă a cateterismului se constată în vezică prezenţa unui calcul vezical. Prostata este uşor mărită de volum şi uşor dureroasă la presiunea digitală. Scrotul şi testicolele nu prezintă nimic deosebit; reflexele tendinoase şi prerotuliene sunt uşor exagerate. Bolnavul nu are semnul lui Argyl-Robertson şi nici semnul lui Babinski.

Examenul sîngelui cît şi al lichidului cefalo-rachidian nu arată prezenţa infecţiunii sifilisului. Bolnavul nu avusese anterior nici o boală infecţioasă, care să ne fie declarată, după cum nu suferise nici un traumatism.

Examenul stării psihice a bolnavului, complectat în timpul celor zece zile care a precedat operaţiunea făcută bolnavului în spital, arată că bolnavul era afectat în plus de boala pentru care fusese internat în Spital şi de o stare continuă de agitaţiune cu incoherenţa actelor psihice a vieţii sale, fapte

despre care mama bolnavului ne spune că nu datează de cît aproximativ de doi ani, înrăutăţindu-se această stare psihică în timpul din urmă.

Mama bolnavului ne spune că băiatul ei se bucura anterior de o stare mintală bună, probă că pe lângă absolvirea cursului primar la şcoala din sat, bolnavul a terminat în anul 1927 şi o şcoală de contabilitate făcută la Turnu-Măgurele, de unde a obţinut cuvenita diplomă pe care nu ar fi putut'o obţine decît avînd mintea lucidă şi pe baza cărei diplome urma să-şi ia un post salariat de stat. Intre timp această posibilitate a fost înpiedicată prin înbolnăvirea pacientului aşa cum se arată mai sus, cît priveşte starea lui psihică.

Bolnavul prezintă un facies năucit şi prezintă perioade de excitaţiune cerebrală, când are diverse acte de incoherenţă cu mişcări ilogice ale mâinilor, grimase ale feţei, adesea vorbeşte singur după care urmează perioade de mutism, cînd rămîne inert şi indiferent. De multe ori în starea lui de agitaţiune, urinează pe el şi în câteva rânduri cât a stat în Spital, înainte de a fi operat a urinat pe pereţii saloanelor de bolnavi, ajutându-se de multe ori în acest scop, introducând degetul în anus, aceasta în faţa bolnavilor din Spital.

Această stare a bolnavului ne-modificînduse cu toată stăruinţa noastră, exercitată sub forme de poveţe, devenise pentru noi neliniştitoare, cât privea operaţiunea ce intenţionam să o facem pentru calcul vezical, gândindu-ne la nevoia menţinerii sondelor vezicale şi uretrale după operaţie, lucruri socotite ca imposibile, prin starea de agitaţiune, de care vorbim, a bolnavului.

Operaţiunea hotărîtă în fine s'a făcut de noi şi a constat într'o talie ipogastrică, sub anestezie cu cloroform, scoţându-se un calcul vezical în greutate de 40 grame.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu această ocaziune s'a constatat că vezica bolnavului era afectată de o inflamaţie cronică înaintată. Constatăm în vezică prezenţa unui depozit purulent care întreţinea bolnavului scurgerea uretrală.

Calculul extras era învăluit de un conţinut gros de această materie. Mersul post-operator foarte bun cât priveşte şi starea psihică a bolnavului, căci pacientul revenindu-şi din somnul cloroformic a rămas liniştit în patul lui şi toate divagaţiunile de care era atins anterior dispăruseră, ne mai înfăptuind din ele decât câteva figuri ale feţii.

Treptat starea psihică a bolnavului s'a limpezit pe fiecare zi ce trecea, în cît neliniştea noastră pentru îngrijirea post operatorie s'a risipit.

Intr'una din aceste zile pe cînd căutam să explorăm orientarea psihică a bolnavului în timp şi în spaţiu, punându-i diferite întrebări asupra locului unde se găseşte, asupra datei zilei, asupra persoanelor cel înconjuară etc. bolnavul ni se adresează, privindu-ne fix şi ne vorbeşte astfel: „Mă! eşti doftor bun, păcat că n'a ştiut de tine" —, Regele Ferdinand „căci nu ar fi murit..." la care cuvinte, am răspuns cu o replică de circumstanţă.

Timpul trecând s'a renunţat la sonda vezicală şi mai târziu, când plaga operatorie ipogastrică s'a vindecat, s'a renunţat şi la sonda uretrală.

Bolnavul a fost concediat din spital vindecat, cât priveşte turburările vezico-uretrale şi vindecat de asemenea şi de turburările mintale de care era afectat la intrarea în Spital. Intr'adevăr psihicul bolnavului la eşirea din spital era cât se poate de bun, toate actele vieţii bolnavului devenise logice. Diagnosticul pe foaia de eşire din Spital a fost fixat la acea dată „Calcul vezical, complicat de cistită cronică, uretrită şi confuzie mintală concomitentă [1])".

Prezenţa acestor două afecţiuni la bolnavul nostru şi coincidenţa vindecării psihozei, ce o prezintă bolnavul, consecutiv operaţiunei ce am făcut bolnavului, ne-a dat de gândit, căror fapte ar fi datorită vindecarea psihozei acestui bolnav. La acea dată ar fi fost de riscat să socotim că operaţiunea făcută a vindecat pe bolnav şi de suferinţa lui vezico-uretrală cât şi de psihoza ce o prezenta.

Era vorba să fi avut convingerea că psihoza de care vorbim s'a vindecat într'adevăr şi că n'a avut loc numai o remisiune temporară a turburărilor mintale ce le prezenta bolnavul.

Am urmărit acest bolnav de atunci şi până azi, timp de cinci ani şi am constatat în tot timpul cât şi recent acum trei luni când am revăzut bolnavul din nou, am constatat că sănătatea psihică şi fizică a bolnavalui este excelentă. Mai mult decât atât bolnavul între timp dela operaţiune şi până azi s'a căsătorit ducând o viaţă conjugală liniştită şi şi-a luat o funcţie pe baza diplomei de care am vorbit, fiind în prezent salariat de stat.

Ne putem întreba astăzi cât priveşte problema vindecării psihozei ce prezenta bolnavul nostru în anul 1931, dacă această vindecare este o simplă coincidenţă sau este urmarea operaţiunii făcută la acea dată.

Să ne reamintim că turburările psihice amintite, le purtase bolnavul timp de doi ani, exagerându-se aceste turburări psihice atunci când turburările vezico-uretrale devenise şi ele mai acute.

Astăzi când se tinde la intervenţiuni chirurgicale în diverse psihoze,[2]) putem socoti că vindecarea suferinţei de care vorbim, a bolnavului nostru, poate fi socotit ca aparţinând operaţiunii de calcul vezical de care suferea bolnavul nostru.

Este ştiut că viaţa psihică este o funcţiune a sistemului nervos în totalul său. Percepţiunile senzitive şi senzoriale, memoria, inteligenţa, voinţa, atenţiunea, afectivitatea, conştinţa, sunt fenomene ale activităţii cerebrale în care intervin nervii rachidieni, nervii cranieni, măduva, bulbul rachidian, istmul encefalic, creeruşul şi sistemul neuro-vegetativ.

Intreg organismul şi în particular glandele cu secreţiune internă, produsele de desagregare, intoxicaţiunile exogene şi auto-intoxicaţiunile sunt factori foarte importanţi, care influenţează viaţa psihică. Funcţiunile corpurilor celulare ale encefalului nu sunt izolate şi sunt în relaţiune cu sistemul nervos periferic şi al organelor centrale prin conexiunile nervoase.

Aceste reflexiuni pe care le cităm din lucrarea de mai sus menţionată a domnului Doctor E. Moriz, îndreptăţeşte şi credinţa noastră că intervenţiunea făcută bolnavului nostru l'a vindecat şi de turburările lui psihice, cea ce constituea pentru el o boală mai gravă de cât calculul vezical, pe care de altfel îl ignora.

---

1) Diagnoza pusă la începutul acestui articol ne-a fost sugerată de domnul Doctor Mircea Bruteanu, Medic primar pschiatru, în convorbirea ce am avut-o, relatându-i acest caz.

2) *E. Moriz*: Tentatives opératoires dans les traitements de certaines psyhoses, 1936 (Lisbonne).

Aşa cum lucrurile se întâmplă în această lume, când mai adesea nu-i nimic nou sub soare, acum cinci ani, când am operat şi vindecat bolnavul de care este vorba, dacă n'am putut să afirmăm atunci că vindecarea psihozei bolnavului se datoreşte operaţiunii făcută pentru calculul vezical, am aflat mai târziu când trecerea timpului a confirmat şi realitatea vindecării că o asemenea afirmaţiune este reală şi că în cazuri similare alţii au făcut aceleaşi afirmaţiuni.

Aşa Lucien Picqué[3]) într'o lucrare intitulată „Psychopaties et chirurgie" relatează numeroase asemenea cazuri în care psihoza a numeroşi pacienţi s'a înlăturat în mod surprinzător prin operaţiile făcute acestor bolnavi pentru diferite afecţiuni chirurgicale de care aceşti pacienţi ereau afectaţi concomitent cu psihoza lor.

Nu este cazul a intra în documentaţiunea posibilităţii originelor extra-cerebrale a unor psihoze. Afirmăm însă că expunând cazul nostru pe care îl descrim mai sus şi pe care l'am expus verbal şi unor distinşi-chirurgi, profesori, cu o lungă şi largă practică chirurgicală, au confirmat că şi dânşii au avut adeseori asemenea cazuri în practica Domniilor Lor, unde prin intervenţiunea chirurgicală făcută la asemenea pacienţi, afectaţi în plus şi de o stare de psihoză, au avut constatarea surprinzătoare că pacienţii aceştia s'au vindecat odată cu afecţiunea chirurgicală pentru care au fost operaţi şi de psihoza ce o prezentau concomitent cu acea afecţiune chirurgicală.

CHLORO-CALCION

LABORATOIRE MICHELS — 9, Rue Castex — PARIS — (IVe)

O SOLUŢIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ.
80 PICĂTURI SAU ¼ LINGURIŢĂ DE CAFEA = 1GR. CaCl²

Hemostatic
Recalcifiant
Dechlorurant
DIRECT
ASSIMILABIL

LITERATURĂ ŞI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEŢII-VECHI No 1, BUCUREŞTI 3.

3) *Lucien Picqué:* Psychopaties et chirurgie, 1912.

IV.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Relaţiile anatomo-clinice în maladia lui Basedow, adenom toxic şi tumorile maligne ale corpului tiroid *)

de

Doc. D-r G. STOIA

Conferenţiarul după ce a trecut în revistă caracterele anatomo-clinice ale celor trei maladii, după statistica Prof. Iacobovici dela Cluj, din punct de vedere clinic şi din cercetările sale anatomo-patologice întreprinse împreună cu elevul său D-r Stănculescu, a expus concluziile sale personale dintre care amintim pe cele mai evidente:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) Sunt cancere cari iau aparenţa clinic de guşe simplă sau tiroidită; examenul anatomo-patologic arată că-i vorba de cancer şi invers sunt cazuri cari au aliura clinică de neoplasm şi histologic ne apare ca tumoare benignă; deci este greu câteodată numai clinic să afirmăm dacă este vorba de guşe simplă, basedow, tiroidită sau cancer. Chiar examenul histologic poate să întâmpine dificultăţi; de oarece se observă destul de des că o guşe simplă prezintă puncte de transformare malignă, fără ca aceasta să se poată bănui clinic.

2) Biopsia trebue făcută cu toată seriozitatea şi luate cupe din mai multe părţi ale tumorei, iar rezultatul trebue dat numai după minuţioase cercetări, căci limita dintre malignitele şi benignitele este foarte greu de precizat.

3) Examenul histologic este necesar în cazurile inoperabile; biopsia ne arată dacă este o tumoră radiosensibilă sau radiorezistentă.

4) Autorul a observat că la indivizii cu cancere tiroidiene cari au fenomene de hipertiroidism, pe lângă leziunile canceroase, alături de masa neoplazică găsim formaţiuni hiperplazice ca şi în maladia lui Basedow sau adenom toxic.

5) Semnele de Basedowism se instalează cu mai mulţi ani înaintea apariţiei semnelor tipice de cancer.

---

*) Conferinţa ţinută la 15 Martie la Paris (Spitalul Cochin, în serviciu Prof. Lenormant).

6) Cancerul Basedowian poate aduce turburări cardiace analoage cu cele ce se observă în maladia lui Basedow.

Deci printr'un diagnostic precoce, facem un tratament operator la timp; suprimând în primul rând fenomenele toxice Basedowiene cari dau complicaţii grave cardiace şi în al doilea rând, evităm formarea unui cancer.

Biopsia trebue făcută la toate piesele operate; acest lucru este de mare importanţă practică, căci asociaţia cancerului cu adenomul toxic indică radioterapie post-operatoare, evitând pe cât posibil, generalizarea cancerului.

D-r C. I. Tăndsescu.

* * *

Al II-lea curs practic de reîmprospătare şi de technică operatorie OTO-RINO-LARINGOLOGICA

ţinut de Profesorul BUZOIANU şi colaboratorii, pentru medicii practicieni, între 14 Iunie şi 21 Iunie 1937 inclusiv, la clinica O. R. L. din Cluj

PROGRAM:

Luni 14 Iunie, ora 5: Examenul clinic al unei surdităţi: acumetria. Surditatea de transmisiune, de recepţiune, mixtă. Inciziunea timpanului (paracenteza, timpanotomia, indicaţii, technică, urmări imediate şi tardive.

Marţi 15 Iunie, ora 5: Mastoiditele acute — semiologie — demonstraţiuni clinice — indicaţii operatorii (reacţia mastoidiană şi mastoidita adevărată). Şedinţă operatorie (trepanarea mastoidei) antrotomia, antrocelulotomia, antrocelulotomia maximă — îngrijiri postoperatorii.

Miercuri 16 Iunie, ora 5: Otitele supurate cronice — otoreea tubară — semiologie (granulaţii, polipi, colesteatomul, osteita casei) tratament medicamentos, — indicaţii operatorii cu demonstraţie technică — evidarea petro-mastoidiană.

Joi 17 Iunie, ora 5: Complicaţiile endocraniene ale otitelor — tromboflebita sinusului lateral venos, meningita, abcesele encefalice. — Indicaţii de tratament şi technică. Amigdalectomia totală extracapsulară, technica — demonstraţiuni operatorii.

Vineri 18 Iunie, ora 5: Examenul aparatului vestibular în afecţiunile labirintice. Examenul simptomelor spontane (nistagmus, deviaţiile segmentare) examenul simptomelor provocate (proba calorică, proba rotatorie).

Sâmbătă 19 Iunie, ora 5: Deviaţia septului nasal — semiologie — indicaţii operatorii, demonstraţie — technică operatorie. Hipertrofia cozilor cornetelor, demonstraţie technică operatorie. Flegmoanele periamigdaliene; şedinţă operatorie cu demonstraţie technică de deschidere a flegmoanelor periamigdaliene.

Duminecă 20 Iunie, ora 5: Vegetaţiile adenoide în practica medicală — semiologie — tuşeu naso-faringian — rino-faringoscopie superioară, şedinţă operatorie cu demonstraţie technică, ablaţia vegetaţiilor adenoid, — îngrijiri postoperatorii.

Luni 21 Iunie, ora 5: Cancerul laringelui. Laringectomia. Sinuzita supurată maxilară, diagnostic, tratament, operaţia radicală vestibulo-bucală tip Denker.

Biblioteca Universitară Cluj

In limita cazurilor clinice se vor putea demonstra eventual tracheotomiile, laringotomiile, anesteziile cervicale paravertebrale, annestezia maxilarului superior, a nervilor etmoidali, a ganglionului lui Gasser, — esofagoscopia şi tracheobronchoscopia.

Dreptul la participare 1500 lei.

Inscripţiile se primesc la clinica O. R. L. din Cluj.

* * *

Al VI-lea Congres Francez de Gynecologie

Facultatea de Medicină din Toulouse

15—18 Mai 1937

Preşedinte de onoare: D-l Profesor C. DANIEL din Bucureşti, membru corespondent al Academiei de Medicină din Paris.

Preşedinte: D-l Profesor MÉRIEL din Toulouse, membru corespondent al Academiei de Medicină din Paris.

Secretar general: D-l MAURICE FABRE, secretarul general al Societăţii franceze de ginecologie, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IX).

Comitetul local de organizare. — **Preşedinte:** D-l Profesor LÉON DIEULAFEI din Toulouse.

Chestiunea la ordinea de zi:

CANCERUL COLULUI UTERIN.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PROGRAM:

Sâmbătă 15 Maiu 1937.

Şedinţa de deschidere a Congresului (ora 10 a. m.): a) Discursul D-lui Profesor **C. Daniel,** preşedintele de onoare al Congresului; b) Discursul D-lui Profesor **Bardier,** decanul Facultăţii de Medicină din Toulouse. c) Discursul D-lui Prof. **Mériel,** preşedintele Congresului. d) Raportul D-lui **Maurice Fabre,** Secretarul general al Congresului.

Şedinţa de lucrări (ora 11 a. m.): a) Expunerea Raportorului general: D-l Profesor **Ducuing** (Toulouse). b) Câteva noţiuni etiologice şi anatomopatologice asupra cancerului colului uterin. — Raportor: D-l **Xavier Dender** (Paris). Discuţiune şi comunicări. c) Depistajul şi diagnosticul cancerului colului uterin. — Raportori: D-nii Profesori **Max Aron** (Strasbourg), **Hamant** şi **Chalnot** (Nancy). Discuţiune şi comunicări.

Şedinţă de lucrări (ora 14): a) Răsunetul cancerului colului uterin netratat asupra aparatului urinar. — Raportori: D-nii Profesori **Chauvin** (Marseille), **Maxime Leroy** (Paris), **Giscard** (Toulouse). Discuţiune şi comunicări. b) Tratamentul chirurgical al cancerului colului uterin în afară de gestaţiune. — Raportori: D-nii **Louis Michon** (Lyon) şi **R. Dieulafe** (Toulouse). Discuţiune şi comunicări. c) Prezentări de instrumente de chirurgie.

Ora 20: Banchetul oferit de Comitetul de Organizare.

Duminecă 16 Mai 1937.

Şedinţă de lucrări (ora 9 a. m.): a) Tratamentul prin radiotherapie (Radium şi raze X). Electrocoagulare. — Raportori: D-nii **P. Lehmann** (Paris)

și **Marques** (Toulouse). Discuțiune și comunicări b) Complicațiunile tratamentului cancerului colului prin radiotherapie. — Raportor: D-l Profesor **Ducuing.** (Toulouse). Discuțiune și comunicări. c) Prezentări de aparate de fiziotherapie.

Ora 15,30: Vizitarea Centrului anticancerist regional.

Ora 16,30: Recepțiune la Parcul Sporturilor și la Institutul de Educație fizică. Manifestare artistică și gimnastică.

Ora 20: Diner-ul Congresului francez de ginecologie, sub prețedinția D-lui Profesor **C. Daniel,** prețedinte de onoare al Congresului, urmat de o serată dansantă. (Inscrieri la Secretariat).

Luni 17 Mai 1937.

Ședință de lucrări (ora 9 a. m.): a) Cancerul colului rămas. — Raportori: D-nii **Lefebvre** și **Couzi** (Toulouse). Discuțiune și comunicări. b) Recidivele și metastazele în cancerul colului. — Raportori: D-nii **R. Dieulafe** (Toulouse) și **Curtillet** (Alger). Discuțiune și comunicări. c) Tratamentul cancerului colului în cursul gestațiunei. — Raportori: **Paucot** (Lille) și **Guilhem** (Toulouse). Discuțiune și comunicări.

Ora 14: Adunarea generală a Societății Franceze de Gynecologie.

Ședință de lucrări (ora 15): a) Prezentări de cărți. b) Prezentări de filme. c) Comunicări asupra chestiunilor în afară de chestiunea la ordinea de zi. (Acestea nu pot fi făcute decât de congresiștii țărilor nelimitrofe Franței).

Seară liberă.

Marți 18 Mai 1937.

Excursiune în Comminges oferită congresiștilor de Comitetul de Organizare al Congresului.

Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Central University Library Cluj

Plecarea din Toulouse la orele 8,30 a. m., pentru Barbazan. La orele 10,30 a. m., vizitarea Thermelor din Barbazan, apoi vizitarea Thermelor din Labarthe de Rivière. La orele 13 la St. Gaudens, dejun oferit congresiștilor. După masă vizitarea Thermelor din Encausses și din Ganties. Sosirea la Salies-du-Salet la orele 17, vizitarea Thermelor și uzinei din Salins du Midi. Diner oferit congresiștilor. Serată recreativă. Reîntoarcerea la Toulouse spre orele 22,30. (Inscrieri la Secretariat).

RECEPȚIUNI REZERVATE DOAMNELOR.

Sunt prevăzute recepțiuni speciale pentru Doamne. Programul detaliat al acestor recepțiuni va fi remis Doamnelor la sosirea la Congres.

REGULAMENTUL CONGRESULUI.

1) **Expunerea rapoartelor.** — Fiecare raport va fi expus din unul din raportori. Această expunere în nici un caz nu va putea depăși 10 minute.

Comunicări: Nu se acordă decât 10 minute pentru fiecare comunicare.

Discuțiunea rapoartelor și comunicărilor: 5 minute pentru fiecare orator.

2) Autorii comunicărilor vor trebui să trimită Secretarului General cu cel mai târziu 10 zile înaintea Congresului:

1) Lucrarea lor dactilografică.

2) 20 rezumate dactilografiate, de maximum 10 linii.

Autorii discuțiunilor vor trebui să remită Secretarului General, chiar în cursul ședinței, un rezumat de 5 linii al discuțiunei și textul integral în 48 ore după Congres.

Biroul previne pe cei cari nu ar observa regulamentul că își declină orice răspundere în caz de neapariție a lucrărilor lor în dările de seamă ale Congresului.

MEMBRII CONGRESULUI.

Sunt membrii de drept: membrii Societăţei Franceze de Gynecologie (onorari, titulari, corespondenţi sau asociaţi) a căror înscriere este gratuită.

Dat fiind costul actual al imprimeriei, Societatea Franceză de Gynecologie, nu va putea livra volumele rapoartelor şi dărilor de seamă ale Congresului, decât membrilor cari le vor cere la Secretariatul General, înainte de 15 Aprilie 1937 şi vor vărsa suma de 16 fr. francezi.

Pot fi admişi ca **membrii aderenţi,** medicii şi studenţii în medicină prezentaţi de un membru al Societăţei, cari vor cere acestea şi vor vărsa taxa de înscriere de 150 fr. francezi. Numărul lor este limitat şi rezervat aprecierei biuroului Congresului.

Membrii aderenţi vor primi gratuit volumele rapoartelor şi dările de seamă ale Congresului.

Soţiile, copii minori şi fiicele nemăritate ale tuturor membrilor Congresului (membrii de drept sau aderenţi) participă gratuit la Congres.

SECRETARIATUL CONGRESULUI.

Secretariatul Congresului va fi stabilit la Facultatea de Medicină din Toulouse, începând dela 14 Mai 1937, orele 14. Va fi deschis dimineaţa dela orele 8,30 la 11,30 şi după masa dela orele 14 la 18. Congresiştii sunt rugaţi să binevoiască a trece pe acolo spre a-şi ridica plicurile cuprinzând indicaţiuni utile relativ la şedinţe, cărţile de intrare la diferitele manifestări ale Congresului, informaţiuni asupra locuinţei şi excursiunilor.

Pentru înscrieri şi informaţiuni a se adresa D-lui D-r MAURICE FABRE, Secretaire Général, 1 rue Jules Lefebvre, Paris (IX).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Congresul internaţional de medicină şi farmacie militare

Intre 2—10 Iunie a. c., se va ţine la **Bucureşti al IX-lea Congres Internaţional de medicină şi farmacie militare,** sub INALTUL PATRONAJ AL M. S. REGELUI.

Rostul congresului internaţional de medicină şi farmacie militare este:

1) De a studia metode şi măsuri terapeutice şi profilactice mai practice pentru răniţi şi bolnavi.

2) De a menţine sentimente de colegialitate şi stimă reciprocă între ofiţerii sanitari de diverse naţionalităţi.

3) De a introduce metode prielnice umanizării războiului, prin măsuri reciproce, cu caracter intrenaţional — oraşe şi localităţi sanitare, etc.

Până în prezent aceste congrese s'au ţinut la Bruxelles, Roma, Varşovia, Paris, Londra, Haga, Madrid, iar ultimul în 1935 tot la Bruxelles.

Pentru congresul actual, corpul sanitar militar a subscris suma de un milion, asigurând astfel în bună parte cheltuelile necesare pentru o organizare serioasă a congresului, care să facă cinste atât ţării cât şi corpului nostru medical. Restul fondurilor necesare se vor procura prin cotizaţii dela ofiţerii sanitari streini, participanţi la congres şi prin subvenţia acordată de Ministerul Apărarei Naţionale.

Comitetul de organizare, compus din personalităţi medicale-militare şi civile, este prezidat de D-l Medic General D-r Iliescu, Inspectorul general al Serviciului Sanitar al Armatei.

Programul ştiinţific, cuprinde 6 mari probleme de actualitate:

1) Organizarea şi funcţionarea serviciului sanitar în operaţiunile combinate ale armatelor de uscat şi Mare. (Anglia, Statele-Unite).

2) Transportul, spitalizarea şi tratamentul răniţilor gazaţi. (Germania, Jugo-Slavia).

3) Organizarea şi funcţionarea serviciului chirurgical la trupele motorizate. (Italia, România).

4) Intrebuinţarea metodelor colorimetrice de analiză în laboratorii. (Elveţia, Japonia).

5) Edentaţii în armată. Definiţie. Tratament. Aparatură. Intrebuinţarea lor în timp de pace şi în timp de răsboiu. (Grecia, Olanda).

6) Studiu comparativ al aprovizionărei în subsistenţe şi alimentarea bolnavilor şi răniţilor în timp de pace şi în timp de războiu. (Franţa, Turcia).

Rapoartele vor fi publicate în una din limbile oficiale ale congresului: engleza, franceza, germana, italiana sau spaniola.

Rezumate de câte 2—3 pagini vor fi publicate la sfârşitul fiecărui raport în toate limbile oficiale ale congresului, inclusiv româna.

In afară de rapoarte se mai admit comunicări numai asupra chestiunilor în legătură cu rapoartele. Pentru a figura pe ordinea de zi, titlul şi rezumatul comunicărilor trebue să sosească la Secretariatul General al congresului înainte de 1 Maiu.

Inscrieri de membri. In afară de delegaţii oficiali desemnaţi de guvernele respective pot lua parte la congres toţi medicii, farmaciştii, dentiştii, veterinarii şi ofiţerii de administraţie cari aparţin sau au aparţinut armatelor de uscat, mare şi aer.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pot lua deasemeni parte toate personalităţile care sunt sau au fost în raport cu serviciul sanitar al armatei, care fac sau au făcut parte din comisiunile consultative, sau care contribuesc sau au contribuit la instrucţia personalului său. (Facultăţi sau şcoli ale tuturor ramurilor de medicină umană şi veterinară, farmacie şi stomatologie).

Studenţii în medicină pot asista la şedinţe şi demonstraţiunile ştiinţifice.

Taxa de inscriere, pe care o plătesc toţi congresiştii: domni 1000 lei; doamne şi copii (de persoană) 600 lei.

Această taxă conferă dreptul de a primi publicaţiile oficiale şi de a asista la ceremoniile şi festivităţile organizate de comitetul congresului. Inscrierile trebuesc făcute înainte de 15 Maiu a. c.

Excursiuni, găzduire, voiaj. Pentru o cât mai bună reuşită, agenţia mondială de voiaj Wagons-Lits/Cook a fost numită agenţie oficială a Congresului.

De acord cu comitetul de organizare şi cu Oficiul naţional de turism s'au organizat 4 excursiuni: Deltă (cu vaporul Regele Carol II); Mânăstirile din Bucovina; Porţile de fer şi Marea Neagră.

Broşuri speciale au fost tipărite în limba franceză şi trimise în străinătate în scop de propagandă.

Secretariatul General se află la Institutul Sanitar Militar, Bucureşti II, de unde se pot cere orice informaţiuni suplimentare.