CENZURAT

ANUL XI-lea, No. 1—2. IANUARIE - FEBRUARIE 1938.

279606

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

163.

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

Pag.

In pragul anului XI 1

LUCRARI ORIGINALE.

Prof. C. DANIEL: FRONTIERELE CHIRURGIEI SI PROGNOSTICUL OPERATOR. 3

Prof. A. DOBROVICI: AEROFAGIE SI TURBURARI CARDIO-VASCULARE . . 12

Prof. S. LALU: IN CHESTIUNEA BALNEO-CLIMATICA 20

Prof. C. I. PARHON: FICATUL SI GLANDELE ENDOCRINE *(Sfârşit)* . . 28

Doc. S. BAZGAN: VALOAREA VACCINARII ANTISCARLATINOASE . . . 44

Doc. ŞERB. BRĂTIANU: SIMPTOMUL AGRANULOCITAR-AGRANULOCITOZA SI MALADIA LUI WERNER-SCHULTZ 50

Conf. D. COMBIESCU: DATE NOI ASUPRA ETIOLOGIEI GRIPEI . . . 56

Doc. C. DIMITRIU: VALOAREA EXAMENULUI CLINIC SI DIAGNOSTICUL ULCERILOR GASTRO-DUODENALE 61

Doc. V. DIMITRIU: TRATAMENTUL CHIRURGICAL ACTUAL IN ULCERILE GASTRO-DUODENALE 70

Doc. E. FAÇON: TRATAMENTUL PARKINSONISMULUI 79

Doc. V. FOTIADE: ZONA AURICULARA *(Sfârşit)* 84

Doc. A. HAGI-PARASCHIV: CÂTEVA DATE ASUPRA STRUCTUREI SI FIZIOLOGIEI MUCOASEI STOMACALE 97

Doc. I. JOVIN: TELERONTGENTHERAPIA TOTALA SI PARTIALĂ—TECHNICA, INDICATII SI REZULTATE 109

Doc. M. NASTA: VALOAREA INTRADERMOREACTIEI LA TUBERCULINA IN DIAGNOSTICUL TUBERCULOZEI INFANTILE 115

Doc. HORIA SLOBOZIANU: ERITROBLASTOZELE NOILOR NASCUTI . . 122

Doc. V. TRIFU: DIFICULTATILE TRATAMENTULUI BLENORAGIEI LA BARBATI. 129

Doc. ŞT. THEODORESCU: PROBLEMA CONTAMINARII IN LIMFOGRANULOMATOZA INGUINALA (MALADIA LUI NICOLAS SI FAVRE) 138

Conf. I. ŢEŢU: CÂTEVA CONSIDERAŢIUNI ASUPRA INDICATIILOR AMIGDALECTOMIEI 143

1211 79

(Urmare pag. 2 cop.)

18.853 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

SOCIETĂŢI ŞTIINŢIFICE.

ACADEMIA DE MEDICINĂ DIN ROMÂNIA — *Şed. din 7 Aprilie, 19 Mai, 2 şi 17 Iunie, 7 Iulie, 20 Oct., 3 şi 17 Noembrie, 1 şi 15 Dec. 1937* . VI-XXIV

CONGRESE.

AL VI-lea CONGRES NAŢIONAL DE UROLOGIE — Bucureşti, 14—16 Noembrie 1937 . . . . . de *Docent D-r Popescu-Buzeu.* XXVI-XXXVIII

CĂRŢI - MONOGRAFII

Agregat D-r D. SĂVULESCU: EXPUNERE DE TITLURI, ACTIVITATE SI LUCRARI Tip. „Cartea Românească" Buc., 1938 . Recenzie de *D-r Virgil C. Ionescu* 151

Doc. D-r A. HAGI-PARASCHIV: ELEMENTE DE HEMATOLOGIE — 1 volum de 164 pag. în Editura Jean Leon, Buc. 1938 . Recenzie de *D-r Teodor Saragea* 152

PAUL DE KRUIF: VÂNATORII DE MICROBI. Traducere de Prof. V. Bologa şi Lia Dima, „Lepage" Cluj, 1938 152

B. THÉODORESCO: L'HYGIÈNE DU CARDIAQUE. Doin, Paris, 1938, 15 fr. . 153

Prof. M. KERNBACH: ARCHIVELE INST. DE MEDICINA LEGALA DIN CLUJ. Vol. II, 1937, Tip. „Universala" Cluj, 200 lei 154

I. D. SIMIAN: DESVOLTAREA COPIILOR INFLUENTATA DE SECRETIUNEA GLANDELOR INTERNE. — Edit. „Cugetarea" Bucureşti, 1935, 60 lei 155

Recenzii de *M. Cânciulescu*

DIVERSE—INFORMAŢIUNI.

Infiinţarea Cercului Academic de Studii Medico-Aeronautice din Cluj . 158

Primul congres internaţional de medicină legală 159

Adunarea generală a Societăţii Române de Urologie 159

Muzeul serviciului sanitar al armatei 160

Noul Comitet al Asoc. Medicilor Români din Paris 160

Al VII-lea Congres naţional de chirurgie (Bucureşti, 14—16 Noemb. 1937). 160

Din „SUMARUL" No. 3—4/1938 II

TABLA DE MATERIE PENTRU „PRODUSE FARMACEUTICE" III

CONDIŢIILE DE PUBLICARE ŞI ABONAMENT IV

RECTIFICARE XL

ANUNŢ XL

NUMERE SPECIALE IN 1938 . . . . . Cop. II

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Numere speciale în 1938 ale revistei „Mişcarea Medicală Română"

In cursul anului 1938, revista „Mişcarea Medicală Română" va publica 3 NUMERE SPECIALE şi anume: **Infecţioase şi Parazitare, Probele funcţionale în Fisio-Patologie, Pediatrie şi Puericultură.**

Probele de explorare funcţională purtând asupra diferitelor aparate, sisteme sau organe; mai având în considerare şi anumite ramuri speciale ale medicinei şi chirurgiei — vor reclama poate 2 numere consecutive.

Biblioteca Universitară Regele Ferdinand I, Cluj ROMÂNIA

279606

IN PRAGUL ANULUI AL XI-lea

Cu numărul de faţă „Mişcarea Medicală Română" intră în anul al XI-lea de existenţă.

O perioadă de 10 ani contează în viaţa unui organ de publicitate.

Ea constitue vârsta de maturitate, după care o revistă poate fi judecată dacă şi-a îndeplinit sau nu rostul şi a atins scopul în vederea căruia a fost creiată.

Acest rost are mai mare valoare decât însăşi concepţia care prezidează la întocmirea şi conducerea ei.

Scopul revistei acesteia a fost dintru început acela de a prezenta manifestările vieţei medicale româneşti, în primul rând pe cele de ordin ştiinţific.

Organ de documentare ştiinţifică, în mod secundar de informaţie, revista a ţintit să constitue „Archive generale de medicină românească" cari să prezinte toate aspectele medicinei româneşti la un moment dat.

Concepţia care a veghiat necontenit la atingerea acestui scop a fost aceia de a solicita pe protagonişti să-şi expună cercetările, în articole originale sau auto-resumate, cercetări de care direcţia acestei reviste trebue să aibă în prealabil cunoştinţă; pentru-ca să le poată selecţiona şi canaliza.

Imposibilităţii de a publica pe toţi autorii români, selecţionaţi după valoarea lucrărilor lor, am socotit că trebue să remedieze o bogată rubrică de analize şi recensii.

Insuficienţii organului de direcţie — prin lacune de erudiţie care trebue să fie vastă, prin imposibilitatea de documentare precisă care nu este întotdeauna la îndemână, prin suprinderi de bună credinţă sau greşeli de apreciere în care uşor se poate strecura un coeficient de subiectivitate — după concepţia noastră trebue să remedieze capacitatea Comitetului de redacţie, în care toate ramurile medicinei româneşti şi-au trimis reprezentanţii printre cei mai autorizaţi.

Cu toţii înţelegem desigur că merită să fie publicate sau recenzate lucrările cari se remarcă prin personalitatea ştiinţifică a autorului sau prin valoare de contribuţie reală şi originală a cuprinsului lor; — precum şi că trebue neglijate în largă măsură lucrările de umplutură, după cum se impune să fie denunţate acelea cari uită să citeze lucrările anterioare, „citatul" fiind un omagiu adus adevărului şi reprezentând imperativul moral şi legal al lui **„Suum cuique tribuere"**.

Pentru aceste considerente în drum revista a părăsit acel **„Index bibliografic medical românesc"** complect şi fără nici-o selecţionare ce a publicat ani dearândul şi a cărui reluare sub o formă oficială este agitată de curând, deşi trebue făcută cu foarte multă băgare de seamă.

In „TABLA DE MATERIE DELA 1928—1935", întocmită acum 2 ani, ilustrată cu numeroase fotografii din cuprinsul articolelor publicate şi de un aspect puţin cunoscut la noi, scrutând drumul parcurs ne făceam un examen de conştiinţă.

Se pare — şi numeroasele adrese primite dela reprezentanţii dintre cei mai autorizaţi ai medicinei româneşti ne-au confirmat aceasta — că eram pe drumul cel bun.

In „TABLA DE MATERIE PE ANII 1936 şi 1937" care se va distribui cu numărul viitor, progresele revistei se invedereazǎ tot mai clar:

articole tot mai numeroase şi recenzii tot mai bogate; —

apariţia de „Noi numere speciale" de ceoa mai mare importanţă, precum cel de Dermato-Sifiligrafie sub direcţia D-lui Prof. S. Nicolau; cel de Endocrinologie sub direcţia D-lui Prof. C. Parhon; cel de Hidro-Balneo-Climatologie care cuprinde Cursurile de perfecţionare dela Sovata şi Slănic, organizate de D-nii Prof. M. Sturza şi Gh. Tudoranu, precum şi Congresul de Balneologie dela Bucureşti din 1937, prezidat de D-l Prof. P. Niculescu; —

numărul omagial dedicat D-lui Prof. I. Nanu-Muscel, cu ocazia retragerii dela catedră, dar pe al cărui deces avem profunda durere a înregistra la începutul acestei noi etape; —

desvoltarea tot mai mare ce am dat „Cronicei medicale româneşti" în care pe fir cronologic şi în spirit critic trecem în revistă evenimente, fapte, reflexii, critici ce sugerează desfăşurarea acestui „Caleidoscop medical românesc", cu pose mai îndelungate asupra aspectelor de ordin profesional; —

intensificarea „Schimbului" cu reviste medicale străine, în vederea căruia solicităm rezumatele în limbi străine.

Prestigiul revistei a crescut considerabil prin participarea în Comitetul de Redacţie a D-lor Prof. C. Bacaloglu, D-r Gh. Banu, D-r V. Gomoiu, Prof. S. Graçoski, Prof. D. Manolescu, Prof. P. Tomescu, Prof. C. Ureche.

Suntem pe drumul cel bun; revista îşi justifică rostul în publicistica medicală românească; concepţia care îi stă la bază este sănătoasă; mijloacele de realizare sunt bine alese.

Colaborări preţioase se anunţă pentru viitor în persoana d-lor Prof. A. Dobovici şi S. Lalu, profesori de patologie internă şi farmacologie la fac. de med. din Bucureşti, colaborări cari încep cu numărul de faţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru anul în curs D-nii Prof. Ionescu-Mihăeşti şi D. Combiescu au binevoit să se ocupe de apariţia unui număr special de boale contagioase şi parazitare; D-l Prof. I. Niţescu secondat de noi personal, de 1 sau 2 numere cu probele funcţionale în Fisio-Patologie; iar în toamnă vom scoate un număr consacrat Pediatriei şi Puericulturei.

Avem motive valabile să fim mulţumiţi, dar, în năzuinţa dupe „mai bine", satisfacţie deplină nu vom încerca decât atunci când vom reuşi să aparem lunar şi să expunem toate aspectele mişcării medicale româneşti în lumina cea mai favorabilă, prin reprezentanţii ei cei mai reputaţi.

In realizarea acestor intenţiuni vom pune din parte-ne aceiaşi tenacitate, aceiaşi desăvârşită bună credinţă şi obiectivitate, pe care ne vom sili să le sprijinim pe o documentare cât mai complectă asupra materialului medical românesc.

In reuşită deplină vedem adevărata răsplată a străduinţelor noastre.

D-r M. CÂNCIULESCU
Membru cor. al Academiei de medicină

Biblioteca Universitatii Ferdinand I. din Cluj ROMANIA

FRONTIERELE CHIRURGIEI ŞI PROGNOSTICUL OPERATOR *)

de

Prof. C. DANIEL

La Congresul atât de reuşit de acum doi ani, colegii mei desemnându-mă să prezidez al 8-lea Congres Român de Chirurgie, mi-au făcut o onoare de care m'am simţit foarte mândru, dar şi neliniştit, când m'am apropiat de ziua Congresului, pentrucă — având în minte strălucitele inaugurări ale congreselor franceze şi internaţionale din anul acesta — ca şi săptămâna internaţională de la Salsomaggiore de la începutul lui Septembrie, unde am fost invitat să ţin o conferinţă — mi-a fost teamă de a nu dispune de toate înlesnirile ca să pot ridica, atât cât am voit, prestigiul acestei adunări naţionale a chirurgiei române.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Inalta demnitate ce mi-aţi conferit de a prezida şedinţele acestui Congres, îmi dă toată libertatea de a expune unele reflexiuni, cari mi se par că merită să fie meditate de toţi cei ce au dorinţa de a conlucra pentru prestigiul artei noastre.

Mi s'a părut interesant de a expune în discursul de deschidere: concepţia ce trebue să o avem azi despre **Frontierele chirurgiei şi prognosticul operator**, faţă de tendinţele medicinei contiporane de a se orienta către medicina constituţionalistă, şi care trebue să fie pregătirea ştiinţifică şi morală a chirurgului de mâine.

Starea chirurgiei, acum 40 de ani, la începutul studiilor mele medicale, la Paris, era încă rudimentară. Primul serviciu de chirurgie în care am intrat, a fost la vechea Pitié, la Profesorul Reclus, maestru foarte căutat de debutanţi. Acolo am văzut executându-se primele operaţiuni chirurgicale, majoritatea pentru hernii, pe burse şi membre. Intervenţiile abdominale erau rare, Gosset, Lardennois şi Wiart erau interni, J.-L. Faure, candidat la biuroul central, Regretatul Profesor Anghel (dela Iaşi) extern.

Ca în majoritatea spitalelor parisiene, în două mari săli, una afectată bărbaţilor, alta femeilor, bolnavii aseptici erau culcaţi alături de cei infectaţi. Toate intervenţiile, precum şi principalele pansamente se executau în aceiaşi sală de operaţiuni. Iodoformul şi acidul fenic

*) Din *Discursul de deschidere* al D-lui *Prof. C. Daniel,* Preşedintele celui de al VIII-lea *Congres Naţional Român de Chirurgie,* care a avut loc la Bucureşti, 14—17 Noembrie 1937.

erau desinfectantele reputate ale vremei; cocaina locală, admirabil administrată de Maestru, dădea toată mulţumirea ca anestezic.

Descoperirile pasteuriane aduc cea mai mare revoluţiune în istoria chirurgiei. Până în 1890, câteva rare servicii erau amenajate în vederea chirurgiei aseptice. Puternica personalitate a lui Felix Terrier, care a făcut prima organizaţie modernă, reprezintă o etapă importantă în desvoltarea artei chirurgicale, când asepsia înlocueşte vechile metode antiseptice.

Diviziunea, universal adoptată astăzi, a serviciilor de bolnavi, bolnavi, în aseptice şi septice, separaţia personalului, două amfiteatre de operaţiuni cu săli de pansamente distincte, pentru infectaţi şi neinfectaţi, de unde a rezultat blocul chirurgical preconizat azi de Gosset, astfel ca izolarea celor aseptici să fie cât mai perfectă, întrebuinţarea mănuşei de cauciuc, în fine autoclava pentru sterilizare, sunt opera lui Terrier, părintele asepsiei şi creatorul metodei chirurgicale franceze.

Tot Terrier arată necesitatea absolută, în materie de chirurgie, de a avea laboratorii bine organizate, destinate cercetărilor chimice, bacteriologice şi anatomo-patologice, cum şi experienţelor fiziologice pe *animale*, de a *dispune de o organizaţie ştiinţifică*, de *tot* ce e posibil, sublinia el, pentru a salva bolnavii şi a vindeca operaţii.

Animator al acestei organizaţii ospitaliere, Terrier a orientat chirurgia către metoda aseptică, a cărei doctrină se rezumă într'o formulă matematică: „A steriliza tot ce serveşte la operarea sau pansarea răniţilor". Doctrina sa operatorie era de a considera orice intervenţie ca rezolvarea unei ecuaţiuni cu doi termeni: bolnavul, chirurgul.

„Operaţia, în ea însăşi, va fi — zicea el — rezolvarea unei adevărate ecuaţii, ai cărei termeni ne vor fi în majoritate perfect cunoscuţi. Desigur, că nici odată nu vom poseda toţi aceşti termeni, dar vom merge cât mai departe posibil în căutarea lor".

La noi, când m'am întors de la studii din Franţa, în 1905, acum 30 de ani, erau în vechiul Regat puţini operatori reputaţi. Numai şefii de servicii ofereau garanţie pentru public şi de aceia se dădea o adevărată luptă pentru a avea un serviciu de spital. Toma Ionescu, technician neîntrecut, cu o pregătire anatomică superioară la Şcoala Franceză, marchează o etapă importantă în istoria chirurgiei române şi formează o pleiadă de elevi eminenţi, cari ocupă locurile de onoare şi fac faţă tuturor exigenţelor chirurgiei noastre din ultimii 30 de ani.

Astăzi, cu experienţa dobândită după război, practica chirurgiei a fost adoptată de un însemnat număr de confraţi, care profesează cu succes în toate unghiurile ţărei întregite.

Ca preşedinte al Societăţei de Chirurgie, am putut urmări de aproape entuziasmul şi rezultatele satisfăcătoare obţinute de tineretul nostru chirurgical, rezerva de mâine.

* * *

FRONTIERELE CHIRURGIEI.

Câmpul de activitate al chirurgului se întinde progresiv, având a interveni în multiplele procese morbide (anomalii congenitale, traumatisme şi distrofii, infecţiuni şi gangrene, tumori) din regiuni puţin explorate înainte, invadând teritoriul patologiei interne.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Graţie lui Terrier şi asepsiei, viscerele principale intră în domeniul chirurgical, iar operaţiunile practicate dau rezultate inesperate anterior.

Noi orizonturi se deschid cu metode de tratament, cari îşi fac drum, bazate pe cercetările chirurgiei experimentale, ale fizio-patologiei, anatomiei patologice şi biochimiei.

In chirurgia craniană, anestezia locală — adoptată aproape în unanimitate, cu controlul permanent al tensiunei sanguine — permite operaţiuni de foarte lungă durată (3—4 ore). Hemostaza — aşa de greu de stăpânit — este ameliorată prin noi metode (întrebuinţarea de ceară şi ţesut muscular auto sau hetero-grefat).

Leziunile inflamatorii sau tumorile cerebrale profund situate, a căror simptomatologie făcea imposibilă localizarea precisă, au putut fi decelate prin insuflaţia ventriculară (Dandy), ventriculografia şi stereo-encefalografia.

Chirurgia medulară şi rachidiană, ajutată de Radiografia directă sau după injecţia cu lipiodol, ajunge o practică curentă în leziunile traumatice, inflamatorii sau tumorale. Cordotomia laterală în terapeutica durerei şi operaţia Albee pentru tuberculoza vertebrală, sunt metode recent câştigate.

Alături de chirurgia leziunilor, se ridică o chirurgie funcţională. Chirurgia durerei, chirurgia sistemului vegetativ prezintă noi orizonturi. In angina pectorală, după simpatectomia totală cervicală, apare stelectomia preferată de Leriche, mai puţin traumatizantă şi mai simplă ca technică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru turburările circulatorii ale membrelor inferioare se imaginează o serie întreagă de metode de suprimarea inervaţiei simpatice, vasco-constrictive. Astfel: simpatectomia periarterială, gangliectomia lombară, ramicectomia lombară, rezecţia nervilor splanchnici (splanchnectomia Pende).

In afecţiunile dureroase utero-anexiale, operaţiunile pe sistemul vegetativ intră în practica curentă, cu remarcabile rezultate.

In chirurgia cardio-vasculară: arteriografia prin injecţiuni de substanţe opace, arterio-therapeutica prin injecţiuni de substanţe antiseptice, şi în fine arterio-anestezia sunt metode noi, unele încă în stadiul experimental. Pe de altă parte, în afară de arteri-ectomia şi embro-lectomia, se fac încercări din ce în ce mai frecvente de a se trata chirurgical unele afecţiuni medicale cardiace, ca: asistolia, stenozele orificiale, pericarditele adezive.

Chirurgia pulmonară, delăsată multă vreme, este actualmente în plină desvoltare, creindu-se o adevărată specialitate. Odată cu perfecţionarea metodelor şi a technicei moderne, indicaţiunile operatorii în afecţiunile pulmonare sunt din ce în ce mai întinse. In cazurile în cari colapsoterapia medicală este inaplicabilă, intervine chirurgia cu noile ei metode: frenicectomia, pneumoliza intra şi extra-pleurală, plombagele, toracoplastiile parţiale sau totale, lobectomiile.

In chirurgia aparatului digestiv, technica esofagoplastiilor în leziunile stenozante se precizează, obţinându-se rezultate impresionante.

In operaţiunile asupra stomacului, technica a evoluat de la metodele paliative la cele curative, prin resecţii largi.

Pancreatoliza, pancreatostomia şi pancreactomia parţială, sunt operaţiuni recent reluate.

In chirurgia membrelor, în leziunile traumatice, ortopedia şi metodele sângerânde continuă să-şi dispute prioritatea.

Ortopedia se ocupă mai mult de fiziopatologia membrului fracturat, modificându-şi aparatura pentru a permite o oarecare activitate musculară.

Metoda sângerândă ţine seamă deasemenea de fiziopatologia şi de leziunile anatomo-patologice, modificându-şi în mare parte instrumentaţia.

Operaţiunile mutilante se fac din ce în ce mai economic, având-se în vedere rezultatul funcţional, pentru aplicarea cât mai raţională a unui aparat protetic.

In **chirurgia neoplasmelor**, acolo unde extirpaţiunea este inoperantă, asociaţia radio-chirurgie a dat în unele cazuri rezultate satisfăcătoare.

Astfel, radioterapia neoplasmelor craniene după trepanaţie, radium-terapia neoplasmelor laringiene „în situ", după rezecţia de cartilagiu reprezintă progrese.

In **chirurgia glandelor endocrine**, în afară de grefe umane şi animale, apar noi indicaţiuni. In guşa basedowiană sau basedowifiată, dar mai ales în asistolia de origine basedowiană şi chiar în asistoliile ireductibile de altă cauză, tiroidectomia totală a dat oarecari rezultate promiţătoare.

Suprarenalectomia unilacterală, în tulburările circulatorii de origină spasmodică, e urmată de ameliorări interesante. Asemenea operaţiuni ca şi splanchnectomia, sunt încercate în hipertensiunile arteriale.

Insuflaţia tubară, kymografică de curând, radiodiagnosticul cu lipiodol pentru studiul permeabilităţei tubare în gynecologie, urografie, cholecystografie, au permis preciziuni de diagnostic de cel mai mare interes.

* * *

Din această scurtă privire asupra progreselor actuale, realizate mai ales în domeniul technic, reese lămurit o pătrundere a ştiinţei chirurgicale în mai toate domeniile medicinei interne. Marile înfăptuiri ale biologiei au adus azi o incontestabilă apropiere medico-chirurgicală. S'a creiat astfel o intensă mişcare ştiinţifică în dublu sens: pe de o parte chirurgia înaintează în sfera medicală, iar pe de alta fiziologia, anatomia patologică, chimia biologică pătrund în problemele chirurgicale, aducând lumini şi soluţiuni necunoscute până azi.

* * *

Atunci însă, când cruciada contra flagelelor sociale, când mişcările sociale pentru apărarea sănătăţei, preservarea de boli şi de degradarea facultăţilor fizice şi intelectuale, vor ţine seamă de individ — de nevoile sale fiziologice, psihologice, spirituale — şi se vor stabili noi condiţiuni de viaţă prin lupta contra maladiilor — ereditare, veneriene, contra cancerului, tuberculozei, alcoolismului — stabilindu-se reformele necesare unui trai sănătos, şi în special higiena alimentaţiei, a locuinţei, a muncii, a culturei corporale, a creşterei copiilor — atunci frontierele chirurgiei viitoare vor fi de sigur altele.

Când organizarea socială modernă va avea un **program al sănă-**

tăţei şi respectul legilor sănătăţei va fi pe primul plan al preocupărilor medicale, când această organizare va ţine seama de repercusiunile ce le poate avea civilizaţia modernă — pur materialistă — asupra fiinţei umane, astfel ca să poată trăi normal şi sănătoasă, atunci şi orizontul terapeuticei operatorii se va schimba, se va reduce desigur pentru multe maladii. Va dispărea poate chirurgia infecţiunei şi a supuraţiunilor curabile prin vaccinuri şi seruri, a tumorilor benigne şi maligne remarcabil modificate de raze şi agenţi fizici, a durerii şi a maladiilor *funcţionale de origină endocrino-simpatică, influenţate de misterioasa* acţiune hormonală.

Şi mă întreb, dacă se va mai vorbi de această chirurgie structivă a esteticei, atunci când problema **întinerirei funcţionale**, poate şi anatomice, îşi va găsi soluţionarea în homo sau hetero grefe, în sucuri glandulare — cari par deja să dea surprinzătoare rezultate în hypertrofia prostatei.

Traumatismele se vor reduce desigur în practica civilă, când sănătatea individuală, în câmpul muncii ca şi al vieţei cotidiene în genere, va fi mai bine apărată.

Dar vai! Conflictele armate, cari pun faţă în faţă mase uriaşe de luptători — armaţi cu cele mai puternice munitiuni — producând mutilaţiuni înspăimântătoare, ale căror specimene impresionante le găsim în muzeul de la Val-de-Grâce, impun o preparare chirurgicală de război tot atât de activă ca şi înarmările pentru distrugerea inamicului.

Chirurgia plastică ar trebui, din acest punct de vedere, să facă obiectul preocupărei noastre deosebite şi să fie introdusă în programul terapeuticei chirurgicale al Facultăţilor noastre.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

* * *

Arta chirurgicală, în opera sa reparatrice şi restauratrice vine în ajutorul Naturei; ea va imita, pe cât se poate, mijloacele întrebuinţate de Natură şi se va supune legilor ei. Gesturile şi lucrul nostru restabilesc din afară înăuntru forma şi funcţiunea, pe care Natura, pe căi impenetrabile, le stabileşte dinăuntru în afară, executând dintr'odată detaliul şi ansamblul.

Să urmărim reparaţia unei plăgi superficiale, lăsată în voia naturii. Mai întâi ea sufere unele fenomene biologice, ea îşi face hemostaza spontanată, apoi sterilizarea automată prin imunizarea sa progresivă. Apoi ţesutul conjonctiv progresează pentru a umple pierderea de substanţă, peste care epiteliul va forma cicatricea definitivă — imitând aceastăă procesiune a naturei în operele sale, vom putea obţine rezultate perfecte. Opera admirabilă a naturei, care compune atât de perfect substanţele, formele, structurile, respectând în edificiile sale condiţiunile impuse oricărei materii, pentru a asigura durata şi soliditatea, urmează anumite legi, pe care industria le-a condificat pentru munca omului, pe care chirurgul trebue să le observe în manualul său operator.

* * *

Desvoltarea **laboratorului chirurgical** a permis studiul atâtor probleme de mare însemnătate, căci chirurgul de mâine nu va mai putea rămâne ca cel de eri; un anatomist, un technician aseptic. El va trebui să fie mai ales un om de ştiinţă, un biologist, ţinând seamă de imunitate, de fiziologia tisulară, căci actul său operator trebue să fie un

act fiziologic, un act vital, iar nu o simplă acţiune mecanică de „diereză, exereză şi synteză", cum se spunea pe la finele secolului al XVIII-lea.

Transplantaţia organelor, care n'a putut fi reuşită secole întregi, este realizată de Carrel, graţie unei technici fine şi precise — care — respectând endoteliul vascular — după sutura cap la cap a 2 vase, permite integritatea circulatorie. Aceste rezultate deschid un nou câmp de activitate chirurgicală de transpoziţie de organe cu circulaţia lor normală.

Contactul strâns al chirurgului cu anatomia-patologică i-a permis pe lângă cunoaşterea tumorilor, studiul problemei cancerului şi al culturei ţesutului.

Celebrele cuceriri pe cari biologia modernă le datorează lui Alexis Carrel, în domeniul culturei ţesuturilor, care a reuşit să ţină vii în afară de organism, celule din inima unui embrion de pasăre, timp de peste 25 ani — este de o importanţă capitală pentru medicină, căci asigură imortalitatea ţesuturilor.

Aceste cercetări aduc în discuţie problema morţii, care este de sigur una din cele mai misterioase şi complexe din biologie. S'a încercat să se dea o definiţie conceptului „viaţa". Simpla experienţă a permis să se deosebească fiinţele vii de cele moarte, dar fără să fie delimitată frontiera între viaţă şi lumea organică.

Precum se ştie, albumina sintetică nu este o substanţă vie, căci pentru a trăi trebue o mulţime de factori cauzali, de fermenţi specifici: adică cu organismul viu; pe când în structurile statice, fiece element este în stare de interacţiune, în raport cu ansamblul sistemului care-l poartă, adică cu organismul viu; pe când structurile statice, fiece element este legat numai cu elementele solide cu cari intră în contact direct.

Cultura ţesuturilor a adus problema existenţei fiinţelor nemuritoare. Experienţele savantului francez Maupas (1889), a americanului Calkings şi cercetările mai recente ale biologistului rus Metalnikov, arată că la om şi animale superioare, unde s'a făcut o diviziune a muncii (celule somatice şi sexuale) şi multiplicarea se face cu ajutorul celulelor speciale (sexuale), moartea naturală este un fenomen permanent şi caracteristic. Din contră, în rândurile inferioare ale lumei organice, la fiinţele unicelulare, multiplicarea se face prin diviziunea periodică şi regulată a întregului organism în 2 părţi egale, cari trăesc şi se divid la infinit ca şi celulele primitive, fără ca moartea naturală să se întâlnească în ciclul lor. Aşa că, animalele unicelulare sunt imortale, şi s'au putut conserva culturi de peste 2500 generaţiuni.

* * *

Graţie cercetărilor lui Carrel, se pot studia celulele canceroase „in vivo", cu toate proprietăţile lor de nutriţiune, diviziune, transmisiune.

Lumea chirurgicală este preocupată în cel mai mare grad de această maladie misterioasă „cancerul", considerată ca o maladie biologică şi generală cu determinaţiune locală secundară.

Atunci când celula se cancerizează şi invadează anarhic ţesuturile, cauza acestei dezordini celulare — prima etapă a maladiei canceroase — a lucrat de mult în organism.

Atunci când microscopul este incapabil să deceleze celulele cari vor deveni neoplasice, chimistul va putea preciza unele modificări coloidale cari stigmatizează terenul cancerigen.

In această ordine de idei s'au descris tot felul de modificări ale echilibrului ionic şi coloidal: apariţia diverşilor fermenţi glicolitici şi amilolitici şi felurite reacţiuni, pe cari timpul şi experienţa le va preciza.

Sunt toate speranţele ca din laboratoarele de chirurgie experimentală şi din adevăratele uzini de cercetări, — în felul Institutului de Cancer dela Villejuif de sub direcţia Prof. Roussy, al clinicilor fraţilor Mayo de la Rochester, al admirabilului Institut de Medicină experimentală pentru studiul şi tratamentul cancerului din Buenos-Aires, condus de Prof. Angel Roffo, vor pleca progresele în materie de cancer.

In ultimul timp, un număr de cercetări, unele efectuate în clinica noastră, au arătat raporturile între hormonii gonadotropi şi evoluţia cancerului. Astfel, în cancerul colului uterin, laboratoarele de biologie hormonală au studiat şi a pus încă odată în evidenţă marile eliminări de hormoni hipofizari în urina femeilor atinse de această afecţiune.

* * *

In laboratoarele de chirurgie, **fizica şi chimia**, pătrunde zilnic mai mult. Sângele este considerat ca un sistem fizico-chimic extrem de complex, ale cărui constituante, în special proteinile, iau o parte importantă în fenomenele vitale.

In clinică, modificările sângelui în cursul diferitelor maladii prezintă un deosebit interes, căci arată, în lipsa de simptome speciale, existenţa unei turburări umorale, al cărui ciclu poate da indicaţiuni asupra evoluţiei post-operatorii.

Dozarea azotului sanguin în chirurgie a făcut obiectul a numeroase studii.

Se ştie, că după o operaţiune se produce o creştere a ureei sanguine, „un cârlig", de hiperazotemie, care pare a fi de origine histolitică. Insă, marile manifestaţiuni toxice la operaţi, nu ţin numai de acumularea ureei în sânge, ci de prezenţa unui întreg grup de substanţe toxice cari formează azotul rezidual.

Incă din 1930, am amintit la Congresul de Chirurgie de la Paris, că în conformitate cu cercetările efectuate în clinica noastră, nu se poate acorda o valoare prognostică absolută cifrei ureei sanguine pre şi post-operatorii. Aceste idei se confirmă şi de lucrările ulterioare, în special ale lui Pierre Duval, şi Robineau, cari au arătat că nu ureia sanguină este importantă, ci polipeptidemia. Aceste proteine de dezintegrarea propriilor noastre ţesuturi — există în stare normală, în cantităţi minime, în sânge şi urină; însă sub influenţa actului operator se măresc mai mult sau mai puţin, pătrund în circulaţiune, după gradul de divitalizare a ţesuturilor operate şi după cum ficatul va fi capabil sau nu să le transforme în uree.

De aci se degajă importanţa pe care o prezintă în clinica chirurgicală dozarea polipeptidelor în sânge şi urină, înainte şi după actul operator. Deasemenea absorbţia în sânge a albuminelor toxice liberate de propriile noastre ţesuturi, explică noţiunea sensibilizărei autogene în

patologia umană, asupra căreia au insistat recent P. Duval şi J. Ch. Roux.

Chimia plăgii a arătat, de altă parte, că toxicitatea focarului operator este cu atât mai mare, cu cât delabrările şi devitalizările de ţesuturi sunt mai importante. Aceste constatări impun evitarea bruscheţei actului operator, îndreptându-l spre o technică moderată şi parcimonioasă.

Dozările de clor din globule şi din plasmă şi stabilirea raporturilor dintre ele, pot fi utile în perioada pre şi mai ales post-operatorie.

Clorurul de sodiu se fixează pe plagă şi pe toate ţesuturile traumatizate şi antrenează o coborîre a coeficientului de clor globular şi plasmatic.

Sub influenţa acestei declorurări a organismului, secreţiunile renale diminuă şi contribue la producerea hiperazotemei şi a polipeptidemiei.

Dozarea glicemiei este asemenea utilă. După operaţiile mari, în special după laparotomii, se produce în mod obişnuit, o creştere trecătoare a glicemiei, fără glicozurie, precum au arătat Şcoala Franceză şi lucrările clinicei noastre.

* * *

De o netăgăduită utilitate sunt chirurgului reacţiunile serologice de floculaţie, cuti-reacţiile, metabolismul bazal.

Azi, nu mai putem face o tiroidectomie pentru Basedow, fără cifra metabolismului bazal, spre a nu ne expune la accidente grave post-operatorii, sau nu putem trata o metroragie rebelă fără a face reacţia Wassermann. Nu ne putem orienta de pildă în diagnosticul rectitelor fără reacţia Frei, Wassermann.

Examenele exudatelor, a secreţiilor, a sângelui, ne este de un real folos şi adesea indispensabil. Nu ne mai expunem astăzi să operăm pe hepatici, fără un prealabil examen fiziologic al sângelui. Trebue să cunoaştem hemograma complectă a bolnavului nostru; numărul hematiilor nucleate, sensul virărei formulei leucocytare după Arneth, la stânga sau la dreapta, timpul de sedimentare, sunt mijloace informative prin care chirurgul poate prevedea unele complicaţiuni vasculare.

De altă parte, imensa experienţă fiziologică pe om, făcută de chirurg cu ocazia actului operator, îi dă acestuia posibilităţi de cercetare, imposibile de realizat în laboratoriile de fiziologie la animale.

Mai mult pentru organizarea chirurgiei, adăogarea unui fiziologist de carieră şi al unui laborator de chirurgie experimentală, la clinică, ar aduce servicii inestimabile progresului chirurgical la noi; căci un serviciu de chirurgie de învăţământ, pe lângă asistenţi de clinică, de radiologie, şi de anatomo-patologie, are absolută nevoe de specialişti de hematologie, bacteriologie, chimie, experimentaţiune.

Şi pentru ca aceştia să poată lucra efectiv, le trebue laboratoare de cercetări, adăogate pe lângă clinici, astfel ca practicul şi ştiinţificul să poată colabora. Vedeţi, de aceia, la ce distanţă se găseşte la noi „ce este" de „ce ar trebui să fie".

In felul acesta, în loc de simpla foaie de observaţie de altă dată,

BCU Iaşi / Central University Library

fiecare bolnav de operat sau nu, ar poseda un adevărat dosar, conţinând pe lângă fişa clinică, buletinele de laborator şi radiografie.

* * *

Se pretinde încă de mult, că ştiinţa n'are ce căuta în chirurgie. Ştiinţa, în special mecanica şi disciplinele fizico-chimice, au construit toată civilizaţia modernă; ea a adus omului atâtea foloase, atâtea binefaceri, cari i-au uşurat viaţa, făcând-o mai plăcută.

Savantul nu e un simplu technician de laborator şi nici un mistic. Adevăratul savant este, cum s'a zis, un geometru care măsoară Universul şi multiplele obiecte ale Universului, dar este şi un poet care visează la frumuseţea ascunsă a măsurilor şi a numerelor; el este şi un iluminat capabil de a descoperi prin singura intuiţie, retragerea în care se ascunde zeiţa adormită". (Desfosses).

Nici una din descoperirile ştiinţei materiale nu s'a putut face fără suflet, fără intervenţia ideiei nemateriale.

A aprofunda o chestiune, nu este altceva decât a mări punctul de întrebare ce se pune despre ea.

Nu vedem de ce chirurgului i s'ar contesta aceste facultăţi, spiritul ştiinţific şi de cercetare, pe care de fapt el îl posedă prin studiile sale şi însăşi natura profesiunei ce exersează.

Scopul chirurgiei fiind, înainte de toate, restituţia funcţională şi morfologică a organelor, pentru a atinge acest scop, nu face el oare apel la marile descoperiri ale ştiinţei?

Descoperirile, cari par cele mai îndepărtate de noi, pot conţine, zicea Tuffier, un germen de inovaţiuni de cari poate beneficia chirurgia.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In adevăr, fizica ne-a dat endoscopia, iradiaţiunile, agenţi electroterapeutici, asepsia.

Chimia: anestezicile şi metodele de diagnostic şi prognostic prin examenul umorilor şi al urinei.

Biologia generală: sero — şi vaccinoterapia curativă şi preventivă. Chirurgia experimentală pe animale — pe care marele meu Maestru Tuffier, o preconiza pentru chirurg ca o metodă de garanţie înainte de a experimenta pe om — este tot atât de indispensabilă pentru a aplica la om concepţiunile noi ale terapeuticei operatorii.

Ce oare îndepărtează atât de mult pe chirurg de cercetare şi invenţiune?

Nimic în ştiinţele medicale ca şi în celelalte ramuri, n'a eşit din spiritul uman, fără reflexiune, fără deducţiune asupra percepţiunilor anterioare, fără speculaţiune şi fără să fi intrat mai înainte în conştiinţa psihologică. La originea oricărei descoperiri răsunătoare, găsim totdeauna observaţiunea unui fenomen anterior sau o experienţă oarecare. Ce face altceva chirurgul decât observaţiuni şi experienţă? Jenner a avut ideia vaccinaţiunei în urma constatărei că, grăjdarii cari contractaseră cow-pox, erau refractari la variolă. Lister inventează antisepsia operatorie, după ce observă mai întâi că plăgile spălate cu acid fenic se vindecau mai repede ca cele tratate cu alte mijloace.

Dar, pentru spiritul de descoperire, se cer, pe lângă cunoştinţe multiple, calităţi de inteligenţă desvoltată, care să permită de a prinde fenomenele, răbdare şi perseverenţă.

AEROFAGIE ŞI TURBURĂRI CARDIO-VASCULARE

de

Prof. D-r A. DOBROVICI

Sunt numeroşi bolnavii urmăriţi de ideea unei leziuni iremediabile a cordului şi la cari turburările funcţionale cardio-vasculare sunt datorite pneumatosei gastro-colice. Tratamentul raţional al stării digestive este piatra de încercare a naturii acestor turburări.

Aerofagia prin pneumatoza gastro-intestinală care o însoţeşte, poate determina turburări cardio-vasculare; turburări ale ritmului, extrasistole, tachicardii, bradicardii, algii cari pot prezenta caracterele anginei de piept, ipertensiune arterială şi turburări vaso-motorii.

Aceste turburări cardio-vasculare sunt atât de des întâlnite, încât ele merită o atenţiune specială. Ele pot da naştere la erori de diagnostic, căci dacă eliminăm simpla prezenţă de turburări gastrice la un cardiac, rămân numeroase împrejurările în cari medicul se găseşte cu atât mai desorientat, cu cât o eroare poate să capete din punct de vedere al pronosticului o importanţă incalculabilă.

Din capul locului trebue să spunem că originea gastrică a acestor turburări nu va fi admisă decât sub cea mai mare rezervă. Trebue să ne asigurăm mai întâi că afecţiunea digestivă este singura în cauză. O turburare digestivă trecătoare poate să declanşeze de pildă un paroxism bradicardic la un bolnav care are o leziune cardiacă discretă. Examenul bolnavului, în afară de datele clinice şi radiologice, va trebui să comporte şi unul sau mai multe electrocardiograme. Curbele electrice vor arăta uneori turburări în conductibilitatea auriculo-ventriculară sau semne de insuficienţă miocardică, pe cari examenul clinic nu le bănuise.

* * *

PATOGENIE. Turburările cardio-vasculare pot să aibă o **origine mecanică.** Când vedem pe ecranul radioscopic cât de mult cupola diafragmatică stângă este ridicată şi cât de împins este cordul cu torsiunea pediculului vascular, ne putem da seama de importanţa rolului atât a pneumatosei gastrice, cât şi a aerocoliei. O excitaţie mecanică a cordului poate să producă extrasistole. La un individ care

prezinta o ectopie a cordului, prof. Danielopol a provocat extrasistole prin excitaţia manuală a cordului prin peretele abdominal.

La factorul mecanic se adaogă iritaţia reflexă. Distensiunea pereţilor stomacali este în stare să determine reflexe secundare. Am putut studia tensiunea intragastrică la aerofagi cu ajutorul manometrului de apă cu aer liber. Pe când la omul sănătos această tensiune variază între 4—5 cm. de apă, la aerofagi ea atinge 10—15 cm., tensiune care devine uneori dureroasă, căci ea determină tragerea şi întinderea plexurilor nervoase. Distensiunea dureroasă se întâlneşte mai ales în cazurile de aerofagie aşa zisă „blocată". Spasmul orificiului cardia sau compresiunea laterală a acestui orificiu de către marea tuberozitate a stomacului dilatată, determină o reţenţie a gazelor din stomac, care nu mai pot fi expulzate. La aceşti bolnavi, cari nu au eructaţii, tensiunea gazoasă intragastrică este foarte ridicată şi atinge uneori 20 cm. de apă. Vaquez şi Bordet prin insuflaţia stomacului au putut provoca extrasistole.

Este cunoscută comunitatea de inervaţie vago-simpatică a aparatului digestiv şi a celui circulator. O iritaţie mai cu seamă superficială şi continuă a pereţilor tubului digestiv poate să determine o excitaţie care se întinde până la plexul cardiac. După concepţia lui Mackensie, pe când angina „organică" sau „primară" ar fi funcţiune de iperexcitaţie a unui centru medular, care primeşte prin plexul cardiac excitaţiile unui cord bolnav, anginele paradigestive ar traduce numai excitabilitatea aceluiaş centru. Ori cum ar fi, faptul că aceste turburări cardio-vasculare nu se întâlnesc la toţi aerofagii, arată importanţa terenului. Aceste accidente nu par să se producă fără intervenţia unui desechilibru vaso-simpatic. Arcul reflex pleacă din mucoasa digestivă şi este reflectat asupra sistemului neuro-vegetativ; acesta reacţionează, după predispoziţia individuală, fie în vagotonie sub formă de pildă de bradicardie, fie în simpaticotonie sub formă de tachicardie — uneori chiar în amfotonie. Există însă o disproporţie între excitaţia gastrică şi reacţiunea cardiacă. Aceasta ţine de coeficientul reacţional individual, în care factorul simpatic ocupă locul de căpetenie. Spina iritativă digestivă exteriorizează şi exaltează această sensibilitate nervoasă.

Turburări endocriniane se suprapun uneori pentru a complica problema. Menstruaţia, menopauza, distiroidismul, etc. sunt tot atâtea condiţiuni care intervin pentru a accentua desechilibrul la cei predispuşi.

In fine, cordul, miocardul însuşi are un rol incontestabil în producerea acestor turburări, căci toate cauzele periferice ar rămâne fără efect dacă n'ar exista o iperexcitabilitate particulară a muşchiului cardiac, uneori localizată într'un punct bine determinat. S'ar părea că toate cazurile există un focar de iritabilitate miocardică latentă, care se găseşte redeşteptată de excitaţiile exterioare transmise prin sistemul vago-simpatic.

* * *

Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti

CLASIFICARE. Aceşti bolnavi pot fi împărţiţi în două categorii: Prima categorie cuprinde aerofagii cu turburări cardio-vasculare, fără leziuni cardio-vasculare; sunt falşii cardiaci. A doua categorie cuprinde pe bolnavii cu leziuni cardio-vasculare a căror stare este agravată de aerofagie. Aceştia pun în general totul pe seama turburărilor digestive, care maschează leziunea cardiacă. Tratamentul raţional al aerofagiei ameliorează starea lor. Totuşi din nefericire se întâmplă că mai târziu cardiopatia domină scena şi speranţele lor sunt înşelate, căci aerofagia nu făcea decât să însoţească cardiopatia.

Extrasistole. Extrasistolele de origine cardiacă ocupă primul loc atât prin frecvenţa lor, cât şi prin caracterele lor. Ele apar în timpul perioadelor digestive. Pe când extrasistolele cardiacilor izbucnesc deobicei în momentul eforturilor, în timpul mersului, cele de origine digistivă apar în timpul repaosului, dar după masă şi se însoţesc de simptome care traduc mai direct originea gastrică: senzaţii de greutate şi de distensie abdominală, dureri epigastrice, eructaţii, cefalee.

Electrocardiografia ne arată că aproape totdeauna avem aface cu extrasistole ventriculare. E de notat faptul interesant că pentru un individ determinat extrasistolele prezintă în mod constant acelaş profil, este acelaş tip de contracţie heterotopă care se repetă când se fac examene succesive, chiar la intervale lungi. Pulsul este în general lent. Bradicardia sinuzală totală constatată la aceşti bolnavi, dovedeşte o stare de vagotonie, care după cum se ştie predispune la producerea de extrasistole. Examenul radioscopic al tubului digestiv arată o aerogastrie sau aerocolie pronunţată. Mişcările de deglutiţie sau compresiune a globilor oculari pot provoca apariţia de extrasistole. Accelerarea cordului prin injecţia de atropină face să dispară de cele mai multe ori extrasistolele, dar în starea actuală a mijloacelor noastre de investigaţie este prudent să socotim că studiul simptomului extrasistolă în el însuşi nu ne lămureşte totdeauna asupra mecanismului său şi numai examenul complect al bolnavului ne va permite să afirmăm că aritmia extrasistolă este în aceste cazuri de ordin reflex.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tachicardia paroxistică. Noţiunea de cauze digestive în tachicardia paroxistică este de dată relativ recentă. Vaquez recunoaşte ca factor etiologic important, mai ales dispepsiile cu aerofagie. Tachicardia este moderată; contracţiunile cardiace nu depăşesc 120—150 pe minut. Ea se însoţeşte uneori de un sindrom de angor pectoris sau de tendinţe la ameţeală şi lipotimie. Nu poate fi vorba de o dilataţie acută a cordului, cum credeau Potain şi Barié, ci de un sindrom nevropatic de ipersimpaticotomie. Tachicardia este sinuzală sau normoformă: incitaţia motrice ia naştere în punctul de plecare fiziologic, nodul sino-auricular al lui Keith şi Flack şi urmează în cord drumul normal.

Relaţiunea de cauză la efect se poate uşor stabili graţie câtorva noţiuni fundamentale. In primul rând este noţiunea de orar al acceselor, totdeauna postprandiale. Al doilea element constă în asociaţia de turburări digestive, senzaţie de balonare epigastrică, dispnee, eructaţii frecvente. Aceste fenomene însoţesc tachicardia şi se termină odată cu ele. In al treilea rând este de remarcat evoluţia şi periodi-

citatea crizelor de tachicardie. Atât timp cât starea tubului digestiv este bună, crizele de tachicardie nu mai apar şi aceasta timp de perioade uneori lungi, pentru ca ele să reapară ca epifenomen al turburărilor digestive. In fine, tratamentul aerofagiei face să dispară crizele de tachicardie.

Bradicardii. Noţiunea bradicardiilor de origine gastro-intestinală este mai puţin cunoscută decât acea a tachicardiilor. Dacă interpretarea lor este uneori grea, realitatea lor nu poate fi pusă la îndoială. Aceste bradicardii au caracterele generale ale bradicardiilor totale, fără disociaţie auriculo-ventriculară. Ele sunt adică de o intesitate moderată, pulsul bătând în general cam 50 pe minut. Bolnavii prezintă sindromul de ipervagotonie prin care de fapt se înţelege o amfotonie cu predominare vagotonică. Reflexul oculo-cardiac este pozitiv, uneori chiar exagerat. Bradicardia dispare după injecţia de atropină.

Pe acest fond de bradicardie permanentă uşoară, pe care de obicei bolnavul nu o percèpe, pot să apară **paroxisme bradicardice,** în timpul cărora pulsul se coboară sub 50 de pulsaţii pe minut. Ele se însoţesc de accidente nervoase, ameţeli, lipotimii, cari ne permit să facem un diagnostic retrospectiv când nu am asistat la aceste paroxisme.

Sindromul de angină pectorală. Potain observase deja că rareori leziunile profunde, destructive ale tubului digestiv, ca un ulcer, un cancer, o colită gravă, produc turburări cardiace intense. Dimpotrivă, dispepsia banală cu aerogastrie sau aerocolie ocupă primul loc în etiologia acestor angine, şi Martinet găseşte că din 100 de bolnavi cu crize de angor, 40 sunt dispeptici aerofagi. Totuşi astăzi această frecvenţă ne pare exagerată, mai ales de când dispunem de radioscopie pentru a descoperi aortita, de reacţia Bordet-Wassermann pentru a descoperi sifilisul şi de când cunoaştem mai bine forma pseudogastralgică a anginei — angor abdominalis — care se caracterizează prin o violentă durere epigastrică cu senzaţie de constricţie, eructaţii gazoase, uneori greaţă şi sughiţ.

BCU Iaşi / Central University Library

Totuşi există accese anginoase care complică aerofagia. De cele mai multe ori e vorba de o femee relativ tânără, care se plânge de dureri în regiunea precordială, cu senzaţie de constricţie şi iradiaţie în braţul stâng. Cercetând însă bine elementele acestui sindrom, constatăm că durerea este mai mult sub-mamară decât retrosternală, senzaţia de constricţie este mai mult o senzaţie de balonare, iar iradiaţia durerii este difuză, în centură, în spate şi totodată şi în braţul stâng. La aceste simptome se adaogă agitaţia, palpitaţii, dispnee, ameţeli, tendinţa la sincopă şi mai ales eructaţii gazoase, uneori numeroase, care termină criza şi uşurează bolnava.

Imprejurările în care se produc crizele sunt caracteristice. Ele nu survin cu ocazia unui efort şi nu sunt calmate prin repaoz. Ele sunt în legătură cu perioadele digestive, post-prandiale şi apar câtva fie după masa dela amiază, fie după cea de seară. In fine bolnavul are antecedente digestive, crizele nu apar în plină sănătate aparentă. Ele sunt de obicei precedate de o lungă perioadă de turburări digestive de ordin motor sau senzitiv.

La examenul obiectiv se constată aero-gastro-colia: balonarea abdomenului, mai ales în regiunea epigastrică, clapotajul gastric sau colic, iperestezia regiunii solare, sensibilitatea la presiune a unghiului colic stâng. Examenul radidoscopic confirmă aceste constatări, punând în evidenţă o voluminoasă pungă de aer gastrică, cu ridicarea hemidiafragmului stâng şi a vârfului cordului. Exploraţia radioscopică este preţioasă în diagnosticul de angor prin aerogastrocolie. Ea arată hemidiafragmul stâng ridicat la un nivel uneori superior hemidiafragmului drept. Deformaţia cardiacă este caracteristică; ea prezintă o convexitate anormală a arcului inferior stâng şi chiar a arcului inferior drept, care ar putea fi atribuite din eroare unei afecţiuni cardiace.

Acest angor de origine gastrică poate fi pus alături de acel **angor de origine colitică** descris de Loeper şi Mathieu în unele cazuri de colită, precum şi de **forma anginoasă a colicei hepatice** descrisă de Weissenbach şi Parturier. In ambele, sindromul anginos ocupă primul plan în tabloul clinic, pe când manifestaţiile colice sau veziculare rămân în umbră şi numai un examen minuţios le poate descoperi.

Ipertensiune arterială. Distensiunea stomacului poate determina ipertensiune arterială. Experienţele pe animal arată că insuflarea stomacului cu aer determină o urcare a tensiunii arteriale. Aceasta este de aceeaşi natură ca şi ipertensiunea post-prandială constatată de Vaquez şi care poate atinge 1—2 cm. de mercur. Este firesc ca această tensiune să fie cu atât mai ridicată cu cât distensiunea pereţilor stomacali este mai accentuată. Ea poate să fie precoce, la începutul digestiei, sau tardivă, 2-3 ore după masă şi se însoţeşte uneori de ameţeli, valuri de căldură, dureri de cap, congestia feţei.

Turburări vaso-motorii. Sunt cunoscute valurile de căldură subite post-prandiale, ameţelile (vertigo ab stomaco), cari după intesitatea lor pot duce la lipotimii şi chiar sincope, paloarea şi răcirea extremităţilor. Toate aceste incidente se pot însoţi de sudori şi poliurie clară, cari ne lămuresc îndeajuns asupra patogeniei lor.

* * *

ELEMENTE DE DIAGNOSTIC. Din interogatoriul bolnavului, o noţiune care se desprinde de cele mai multe ori este **noţiunea de orar.** Caracterul post-prandial al acestor turburări este obişnuit. Uneori orarul este în raport cu nychtemerul; după masa de seară sau în prima parte a nopţii, o oră sau două după culcare, apar aceste turburări.

Statica corpului are o influenţă vădită asupra apariţiei sau dispariţiei turburărilor cardio-vasculare, cari depind de localizarea pneumatozei, gastrică sau colică.

Nu este totdeauna uşor de descoperit afecţiunea gastrică ce stă la originea turburărilor cardio-vasculare, căci bolnavul se plânge numai de turburări cardiace, cari singure opresc atenţiunea sa şi constituesc principala sa preocupare, pe când turburările funcţiunii gastrice rămân în umbră. **Pneumatoza gastrică sau colică** va fi sistematic căutată, fie prin anamneză (eructaţii frecvente, sughiţ, etc.) cât şi prin exa-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

menul fizic; balonarea care înlocueşte depresiunea golului epigastric, imobilitatea epigastrului în inspiraţie, clapotajul gastric. La palpaţie se constată un punct dureros submamelonar stâng, punctul dureros precordial al dispepticilor, care se exagerează în unele poziţii, mai ales în flexiunea corpului înainte, după cum el poate fi redeşteptat prin împingerea şi comprimarea manuală a stomacului şi a unghiului colic stâng sub marginea coastelor, bolnavul fiind în decubitus dorsal. De multe ori există şi o durere spontană sau provocată în punctul solar, cu atât mai sensibil cu cât distensiunea stomacului este mai accentuată.

Examenul radiologic pune în evidenţă aerogastria sau aerocolia, aceasta din urmă de o frecvenţă mult mai mare.

Se vor cerceta cu atenţie toate cauzele de deglutiţie a aerului, cari cauzează aerogastria sau aerocolia, mult mai des decât fermentaţiile tubului digestiv. Se ştie că aerofagia a înlocuit în patologia tubului digestiv aşa zisa „dispepsie flatulentă".

Afecţiunile naso-faringelui, vegetaţiile adenoide, polipii, rinofaringitele cronice, provoacă uneori mişcări de deglutiţie repetate, cari sunt la originea aerofagiei. Sialorea provocată de apariţia dinţilor la copil, prezenţa unei proteze dentare rău fixate la adult sau la bătrân, pot fi cauze de aerofagie şi prof. Hayem a insistat asupra rolului sialofagiei, care se însoţeşte de aerofagie.

Dar principala cauză este de origine gastrică. Gastropatiile ca şi dispepsiile pot fi însoţite de aerofagie. Se constată însă totdeauna o disproporţie între importanţa relativ mică a spinei iritative gastro-intestinale şi intesitatea repercuţiunii neuro-circulatorii. De aceea terenu pe care se desvoltă aceste turburări merită o menţiune specială. Bolnavii sunt indivizi tineri, foarte deseori femei, a căror reacţiuni traduc un desechilibru al sistemului nervos.

http://biblioteca.universitatea-ploiesti.ro/

Absenţa de leziuni cardiace organice rămâne fără îndoială partea principală a examenului şi am insistat îndeajuns asupra necesităţii, în special a examenelor electro-cardiografice repetate.

Dar dacă la bolnavii tineri se poate astfel afirma un pronostic benign pentru aceste turburări, sunt numeroase cazurile, mai ales la cei trecuţi de 50 de ani, în care pronosticul trebue să fie foarte rezervat; o aortă puţin mai opacă sau cu un diametru mărit cu câţiva milimetri, un zgomot al doilea mai accentuat, sunt atunci des întâlnite.

Dar problema devine şi mai grea când manifestaţiunile de aerofagie se asociază cu cardiopatii organice. Sunt formele asociate în cari o cardiopatie recunoscută se găseşte agravată de aerofagie. Medicul trebue să dea dovadă de mult discernământ pentru a disocia fenomene care se suprapun. In aceste cazuri tratamentul raţional al stării digestive va ameliora aproape totdeauna starea cardiacă, astfel că putem spune că punctul de vedere digestiv rămâne condiţiune esenţială de higienă generală a cardiacilor.

* * *

TRATAMENTUL falşilor cardiaci exclude bine înţeles orice medicaţie tonicardiacă care n'ar face decât să exagereze turburările. Două indicaţii sunt de împlinit: tratamentul stării gastrice şi tratamentul stării nervoase.

Tratamentul stării digestive constitue chestiunea primordială. Vom trata cauzele aerofagiei: afecţiunile rino-faringelui, polipii, vegetaţiile adenoide, gingivitele, leziunile dentare care produc sialorea şi consecutiv înghiţirea de aer. Gastropatiile şi dispepsiile la care găsim asociată aerofagia, vor fi tratate insistându-se asupra regimului care nu trebue să cuprindă alimente ce produc fermentaţii; în special băuturile gazoase vor fi cu totul interzise. Tachifagia va fi combătută printr'o disciplină severă.

Terapeutica medicamentoasă se compune din pulberi absorbante şi anti-fermentescibile printre cari cărbunele ocupă primul loc. Sărurile de bismut, carbonatul sau subnitratul de bismut prezintă avantagii şi mai mari prin acţiunea lor sedativă. Prof. Hayem consideră tratamentul cu subnitrat de bismut drept piatră de încercare pentru a preciza diagnosticul. Kaolinul prezintă aceleaşi avantagii.

Tratamentul stării nervoase cuprinde măsuri de higienă generală; Repaosul este uneori necesar. **Psichoterapia** îşi găseţşe aci utilitatea. Se va explica bolnavilor că ei înghit aer şi că toate turburările pe care ei le pun pe seama unei afecţiuni a cordului sunt datorite stării digestive. Explicaţia va linişti totdeauna spiritul acestor bolnavi, care se cred atinşi de o afecţiune gravă.

Printre sedativele nervoase, **belladona** dă cele mai bune rezultate, prin acţiunea sa asupra vagului. **Gardenalul** poate fi asociat belladonei. **Eserina** este indicată în stările de excitaţie ale simpaticului. **Valeriana** combate eretismul cardiac. In fine când constatăm insuficienţe glandulare, vom institui o **opoterapie** raţională.

O noţiune importantă de reţinut este că toate aceste medicaţii polivalente nu trebuesc aplicate în acelaş timp, ci în etape. Acest mod de a proceda are avantajul de a preciza treptat faptele atunci când diagnosticul nu este încă precis. După povaţa Prof. Hayem se va începe atunci totdeauna cu terapeutica bismutată, care este tratamentul aproape specific al turburărilor circulatorii paradigestive.

L'aërophagie peut déterminer, par la pneumatose gastro-intestinale qui l'accompagne, des troubles cardio-vasculaires: troubles du rythme, extrasystoles, tachycardies, bradycardies, des algies présentant quelquefois les caractères de l'angor pectoris, de l'hypertension artérielle, et des troubles vasomoteurs. Ils sont d'ordre mécanique ou reflexe. Mais l'origine digestive de ces troubles ne sera admise que sous la plus grande réserve; l'examen du malade, en dehors des données cliniques et radiologiques, devra comporter un ou plusieurs electro-cardiogrammes.

Les éléments du diagnostic sont la notion d'horaire nettement post-prandial, la statique du corps qui influe parfois nettement, soit l'éclosion, soit la disparition des troubles et enfin la constatation de la pneumatose gastrique ou colique.

Dans le traitement de ces faux cardiaques deux indications sont à remplir: le traitement de l'état digestif par le régime, les poudres antitermentescibles et absorbantes parmi lesquelles le charbon et le bismuth occupent la première place, et le traitement de l'état nerveux par la psychothérapie, les sédatifs nerveux, belladonne, ésérine, valériane.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Die Aerophagie kann durch die sie begleitende gastro-intestinale Gasbildung, cardio-vasculaere Stoerungen verursachen, wie: Rhytmusstoerungen, Extrasystolen, Tachycardie, Bradycardie, sowie Beklemmungen, welche manchmal den Charakter der Angor pectoris, der arteriellen Blutdruckerhoehung und der vasomotorischen Stoerungen aufweisen. Diese Stoerungen sind alle auf mechanischem oder reflektorischem Wege bedingt; ihren Digestionsursprung darf jedoch nur mit groesster Zuruckhaltung zugegeben werden: die Untersuchung des Kranken muss hier, ausser den klinischen und roentgenologischen Angaben, eine oder mehrere Eletro-Cardiogramme erfassen.

Die Diagnose gruendet sich auf das Erscheinen der Beschwerden sofort nach dem Essen, auf andere koerperliche Daten, die im Sinne des Auftretens oder des Verschwindens der Stoerungen beeinflussend wirken, schliesslich auf die objektive Feststellung der Gasbildung im Magen und Colon.

Die Behandlung dieser Pseudo-Herzkranken hat zwei Richtlinien zu befolgen, und zwar einerseits die Behandlung der Verdauung durch Diaet mit nicht fermentierenden und mit absorbierenden Pulvern, unter welchen Kohle und Bismuth den ersten Platz einnehmen, andererseits die Behandlung des allgemeinen Nervenzustandes durch Psychotherapie, Sedative, Beladona, Eserin, Valeriane.

L'aerofagia puo determinare per la pneumatoza gastro-intestinale che l'accompagna, dei disturbi cardio-vascolari: disturbi del ritmo: extrasistole, tachicardia, bradicardia, delle algie presentando in certi casi i caratteri de l'angor pectoris, del'ipertensione arteriale, e dei disturbi vasomotori. Questi sono d'ordine mecanico o riflesso. Ma l'origine digestiva di questi disturbi non sara amessa che sotto la piu grande riserva L'esame dell ammalato, fuori delle date cliniche e radiologiche, dovra comportare uno o diversi electrocardiogrammi.

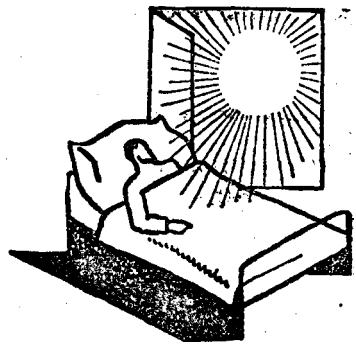
Gli elementi del diagnostico sono, la notione d'orario nettamente postprandiale, la statica del corpo che influenza nettamente certe volte, sia l'irruzione sia la disparizione dei disturbi, e finalmente la constatazione della pneumatoza gastro-colica.

Nel trattamento di questi falsi cardiaci, due indicazioni sono da compiere: il trattamento dello stato digestivo mediante il regime, le polveri antifermecitabili e assorbanti fra le quali il carbone e il bismuth occupano il primo posto, e il trattamento dello stato nervoso mediante la psichoterapia, i sedativi nervosi, la belladonna, l'eserina, la valeriana.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

THIOTARTRAT DE BISMUT
DR. OERIU

INJECȚII INTRAMUSCULARE
Aprobat de onor. Minis. Săn cu No. 142.207



TISOR
BĂLĂNESCU-OERIU
(DITHIOOXYBENZOAT DE SODIU ȘI AUR)
Indicat în: Tuberculoza Pulmonară
Laringite Tuberculoase. Lupus
Intravenos sau Intramuscular
Aprobat de onor. Minis. Săn. cu Nr. 6540

Reprezentanța „A. STUDERUS & Co.", București I. Str. Sfi. Gheorghe 29 Telefon 3-19-94

IN CHESTIUNEA BALNEO-CLIMATICĂ *)

de

Prof. D-r S. LALU

Domnule Ministru, Domnilor,

Am onoarea de a aduce Adunărei Generale a Breslelor Balneo-Climatice, salutul cel mai călduros, din partea Facultăţii de Medicină din Bucureşti, exprimându-i în numele său, urările cele mai sincere, de a putea efectua cât mai frumoase realizări în domeniul balneo-climatic şi cerându-i în acelaş timp permisiunea de a-i readuce aminte, insistând: că minunatele staţiuni şi ape minerale, cu care este înzestrată ţara noastră din belşug, constituesc încă una din comorile sale, aproape neexploatate până în prezent.

Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Central University Library Cluj

Desigur, a pune în valoare asemenea bogăţii, e nu numai un bine pentru unii particulari, ci un bine de interes general; căci prin forţa lucrurilor, acesta implică avantagii şi foloase de tot felul, la o mulţime de altă lume şi cu cât foloasele vor fi mai numeroase, şi au să fie cu siguranţă din ce în ce mai multe şi din ce în ce mai mari, cu atât vor constitui pentru statul nostru, ale cărui interese nu trebuesc niciodată nesocotite, surse din ce în ce mai importante de venituri.

Nu voi să spun nume, le cunoaştem cu toţii. E necesar, Domnilor, să vă aduc aminte de rentabilitatea care o produc unele staţiuni mici balneo-climatice din străinătate?... de câştigurile ce le realizează o simplă şi aproape insignifiantă apă minerală străină?... Sau de o localitate cu nămol, de care se face atâta caz?

Ori noi posedăm în ţara noastră binecuvântată, multe şi de toate de aceste ape minerale şi mai bune chiar; unele aproape făcătoare de minuni şi altele cu un gust mai plăcut decât adevărata şampanie, fără a fi nevoe să pomenesc de admirabilele noastre nămoluri, din care, unele ţări, dacă le-ar avea, ar putea trăi, numai exploatându-le.

Şi totuşi la noi, parcă mai e încă un nu ştiu ce de dorit... parcă ne mai lipseşte ceva... In tot cazul, convenim cu toţii, că rezultatele practice sunt departe de a fi ceea ce ar trebui să fie.

---

*) Cuvântare ţinută în ziua de 16 | XII 1937, la Adunarea g-rală a breslelor balneo-climatice.

Care-i cauza?... Sunt multe. Nu le voi cita; le cunoaştem în mare parte cu toţii. Una din acestea ar părea să fie faptul că vizitatorilor sau pacienţilor din staţiunile noastre, faţă de ceea ce li se cere, faţă de ceea ce dau ei şi faţă de ceea ce primesc... există o oarecare disproporţie... Cu siguranţă, că nu li se dă tot ceea ce-ar trebui, tot ceea ce li s'ar cuveni să li se dee... Nu au întotdeauna confortul, nu au înlesnirile şi toate îngrijirile le primesc deseori mai ieftin, în multe alte staţiuni similare din străinătate.

De ce?... Suntem la început... Nu suntem încă organizaţi... Se poate... Adică, nu e ordine. Poate că nu procedăm cum trebue. Există iroseală... de tot felul. Nu ştim cum să calculăm câştigul cuvenit... Şi câte ar mai fi de spus, de gurele rele mai ales... care sunt atât de numeroase şi de bogate la noi!

D-lor, merg mai departe... Suntem între noi. Preşedintele nostru de onoare, e un medic — putem prin urmare să ne spunem toate păsurile noastre aşa cum sunt.

Ingăduiţi-mi deci să vă fac parte de una din îndoielile poate a multora dintre noi, deşi nu cu totul a mea: **„poate că nici toţi medicii noştri nu sunt perfecţi; poate că nu sunt ceea ce-ar trebui să fie"**... francezul zice: „on n'a que ce que l'on mérite"... şi nu ştiu dacă nu se poate aplica zicătoarea aceasta şi la noi... Sunt ei îndreptăţiţi? Dar atunci trebue să ne întrebăm... li se dă lor oare posibilitatea, să fie atât de buni cât ar trebui, cât ar dori, cât ar putea ei să fie?...

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Au ei tot ce le trebue în localităţile unde practică, fie numai din punct de vedere al dieteticei? al mecanoterapiei? al fizioterapiei?... Sunt ei îndreptăţiţi să aibă siguranţa necesară că ordinele lor vor fi, pot fi... riguros executate?... Există controlul?...

Sunt ei cel puţin lăsaţi în pace, pentru a putea îngriji numai de bolnavii lor, fără a avea de executat un număr foarte mare de îndeletniciri sau de lucrări de birou şi de administraţie, cu care sunt încărcaţi din nenorocire mai întotdeauna medicii noştri de circumscripţie sau de plasă?...

Domnilor, când e vorba de medici, eu aş căuta... să fie satisfăcuţi ei, în toate cerinţele lor, căci aceasta nu poate fi în definitiv decât în avantajul celor ce au dânşii de îngrijit şi asta-i principalul!

Dacă medicii ar fi satisfăcuţi în modestele lor cerinţi... ce emulaţiune ar fi atunci între ei? ce plăcere ar avea să dea îngrijirile lor tutulor celor ce au nevoe de ei?...

Aţi vedea atunci rezultatul!: Marele număr de persoane care ar veni în staţiunile noastre balneare!. Ce progrese s'ar putea realiza!

Deci, Domnilor, grija celor cu răspundere este să caute să pună pe medic întotdeauna în posibilitate de a fi cât mai folositor, căci aflându-se el în condiţiuni materiale şi morale satisfăcătoare, va putea cu siguranţă îngriji mai cu demnitate şi mai bine, de bolnavii lui.

Pe de altă parte, Domnilor, ştiinţa fiind în incontinue progrese, datoria medicului este să caute să se instruiască mereu. La finele sezonului, el trebue neapărat să reia din nou contactul cu spitalul, cu

laboratorul lui; el e dator să lucreze în diferite clinici, la nevoe chiar să se poată duce în străinătate... şi în tot cazul să aibă la dispoziţia lui... Institutul lui... pe care noi nu-l avem încă şi unde el trebue să-şi reîmprospăteze, să-şi adâncească mereu cunoştinţele indispensabile exerciţiului plin de răspundere, al nobilei sale profesiuni.

Deci toate aceste exigenţe, pe cât posibil toate, trebuesc satisfăcute. Numai în condiţiunile acestea medicul se poate menţine la nivelul necesar, sau cum se mai zice, la curent cu ştiinţa.

Vroiţi să aveţi medici adevăraţi buni? Nu-i puteţi avea decât în condiţiunile acestea. Altfel e iluzoriu... să puteţi să-i aveţi...

Şi întrebatu-v'aţi vreodată, de unde vin aceşti medici buni? Cine-i face?... Medicul balneolog, Domnilor, nu vine din senin, nici din valurile mărei, sau al apelor minerale. El trebueşte format, educat, selecţionat...

Ceea ce nu pot face decât facultăţile de medicină şi bine înţeles, dacă li se dau mijloacele necesare pentru acestea... cu alte cuvinte în măsura mijloacelor lor.

Înţelegeţi de ce când e vorba de medic, mie îmi vine mereu în minte ca un „leit motiv" întrebarea: îi dăm noi tot ceea ce-i trebue pentru educaţiunea lui ştiinţifică? pentru exerciţiul profesiunei... chiar a specialităţii lui?...

Este o simplă şi reală constatare de fapt Domnilor, că fără medici buni, nici bolnavii, nici staţiunile, nici statul nu pot avea vreun profit, ci numai pagubă şi ce mare şi urâtă pagubă! de a nu putea îngriji pe bolnavi cum trebue... Or această pagubă e păcat să se întâmple, mai ales acolo, unde n'ar trebui să se întâmple; la noi mai puţin ca oriunde aiurea! căci dispunem de elemente aşa de bune şi deci este atât de lesne de remediat şi de prevenit mai ales, orice greşală!...

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-lor, „e uşor a face critici"... chiar când ai mai multe de spus... şi nu zic, în ştiinţă mai ales, e bine să ai un spirit, care nu se mulţumeşte uşor... căci aceasta este în parte condiţiunea progresului.

E bine să facem caz de inconvenientele şi de defectele unui lucru, dar e mult mai bine să facem un pas în plus... şi fără vorbă multă, să căutăm să-l reparăm, să-l îndreptăm cu toată priceperea noastră, care trebue să fie întotdeauna dornică de realizări practice şi de progres.

Critica singură riscă să fie sterilă, dacă nu dă cel puţin un îmbold şi nu ne duce la un dinamism folositor.

In speţă, chestiunea medicilor balneologi e prea importantă prin ea însăşi şi cu prea multă repercuţiune în toate direcţiunile, pentru ca să poată fi tratată cu uşurinţă, cu improvizaţii... cu „cârpeli", cum se obişnueşte în general la noi, sau cum se mai zice „cu ce-a da Domnul şi Norocul!"... ştiut fiind, că fără munca noastră grea de toate zilele, atât „Domnul" cât şi „Norocul" nu ne dau în general decât foarte puţin.

Acelaş lucru cu „colectele" de pe străzi sau de prin ziare, de care se abuzează atât! şi care nu ajung decât foarte reduse la ade-

vărata lor destinaţie, fiind prin urmare mai întotdeauna de un minim folos şi constituind în sine un procedeu cel puţin dubios, care nu trebue mult propăvăduit sau imitat...

Insist, chestiunea balneo-climatică, nu poate fi studiată cu seriozitate decât în ansamblul ei şi văzută înainte de toare prin medicul balneolog, care e singurul în drept şi în măsură să mânuiască agentul terapeutic pentru folosinţa suferinzilor.

Odată bolnavii satisfăcuţi, D-lor, avantagiile staţiunilor balneoclimatice, precum şi ale statului, nu pot fi decât considerabile şi cu cât îngrijirea va fi mai bună din toate punctele de vedere, cu atât vor veni mai mulţi vizitatori şi vor face cu atât mai mare renumele staţiunilor noastre balneare.

Chestiunile sunt strâns legate între ele şi toate dependente unele de altele.

Există o logică a faptelor.

Este o greşală, care să face la noi — şi de sigur şi aiurea — pe care o face de multeori Statul, în speţă fiscul şi toţi acei care-i urmează exemplul, căutând a omorî găina, pentru a avea toate ouăle deodată! chiar ştiind că nu pot fi de aur...

Vroiţi să aveţi multe ouă?... Căutaţi, daţi-vă silinţa de a avea multe găini şi nu încercaţi atunci să o operaţi radical... Procedaţi cu totul altfel. E mai practic. E mai bine.

Se spune că unii negustori, mai ales de alimente, pentru a nu lăsa să scadă preţurile, preferă să vândă mai puţin, de exemplu 10 kgr. de producte şi să câştige 100 lei, decât să vândă o mai mare cantitate şi să câştige tot atât sau mai mult, însă având în plus oarecare muncă şi bătae de cap. Ce urât lucru!... Cât e de neomenos!

Şi când ne gândim că aceasta se practică în unele ţări pe o scară întinsă, în cazuri de supraproducţie, cum a fost pentru bumbac, pentru cafea, care s'au aruncat în mare sau cum a fost pentru porumb, care a fost ars în locomotive...

E penibil, intolerabil de penibil, Domnilor, ca unii să moară realmente de foame şi alţii în acelaş moment — chiar la distanţe îndepărtate — să distrugă materii de primă necesitate, pentru a nu determina o scădere la bursă.

Aceasta este incontestabil, o enormă lacună şi pe atât de dureroasă, a organizaţiunei noastre economice actuale şi trebueşte să sperăm, că ea nu va mai dura mult.

Dar, Domnilor, ce să vă spun? D-voastră vă cunoaşteţi de sigur mai bine ca mine interesele D-stră proprii şi nu am dealtfel nici o cădere să vi le discut eu.

Aveţi multă dreptate.

Sunt riscuri desigur. Sunt cheltuieli. Taxele şi impozitele sunt mari. Sezonul e scurt. Intreprinderile cer o muncă grea şi o supraveghere de tot minutul. Neplăceri sunt de tot felul. O amendă e întotdeauna posibilă...

La urmă, trebue neapărat un beneficiu, căci în fond acesta constitue stimulul a mai tuturor acţiunilor noastre.

Avem neapărată nevoe să câştigăm, pentru a asigura existenţa familiei şi a noastră.

Dar totuşi... dacă concurenţa nu poate fi îngăduită decât până la un oarecare punct în chestiuni de ordin sanitar... aceasta nu înseamnă că preţurile pot fi exorbitante!

Trebue şi aci o socoteală. Randamentul se reduce de la o oarecare limită...

Mă refer Domnilor, la judecata, la bunul Dv. simţ, care nu strică mai niciodată să fie pus în aplicaţie.

Să revenim la chestiune. E evident că într'o staţiune balneo-climatică, interesul cel mare, este ca ea să fie vizitată de cât mai multă lume.

Direcţiunea Balneo-climatică, stabilimentele însăşi, precum şi Statul şi Căile Ferate trebuesc să aibă mai întâi de toate în vedere aceasta şi să-şi unească mereu toate eforturile în acest scop.

Ori pentru ca aceasta să se poată realiza, e incontestabil nevoe, în primul rând, să avem medici balneologi cât mai buni şi cât mai în măsură să-şi poată desfăşura cu toată competenţa întreaga lor activitate.

Incât nu poate fi cea mai mică îndoială, că această importantă chestiune trebueşte privită mai întâi de toate **„sub sau prin latura ei medicală"** şi pentru aceasta eu n'aş putea să fac astăzi nimic mai bine sau mai potrivit cred, decât să caut să vă expun, fie cât de sumar, modul cum a fost ea văzută şi soluţionată în parte — cât se putea! de una din minţile cele mai nobile şi mai pătrunzătoare ale profesiunei noastre, evocând cu emoţie înaintea D-lor voastre, memoria mult regretatului şi fostului nostru coleg, Prof. Anibal Theohari.

El cel de'ntâi la noi, îndată după reîntregirea patriei, cu remarcabila sa luciditate de spirit şi-a dat seama numaidecât că pentru binele suferinzilor — mulţi constrânşi să-şi caute de sănătate aiurea — şi în acelaş timp pentru binele ţărei noastre, avem neapărată nevoe să punem în valoare importantele şi prea frumoasele noastre staţiuni balneo-climatice, dăruite cu atâta prodigalitate de natură şi pe care noi le desconsiderăm atât!

Pentru a remedia la această stare de lucruri, cel de'ntâi lucru de făcut — a gândit atât de bine Theohari — este că avem cât mai curând posibil, cât mai buni medici balneologi.

Şi un om şi o minte ca a lui, au făcut pentru aceasta, tot ceea ce s'a putut face, pentru ca, în cel mai scurt timp posibil, cu mijloace puţine de la alţii, cu mai multe de la sine, să izbutească să dea fiinţă unui Institut Balneologic, virtual dacă voiţi, dar existent... pe care l-a alipit, mai bine zis l-a ascuns sub aripile protectoare ale catedrei sale de Clinică Terapeutică, organizând cursuri, lucrări practice, lucrări de specializare, impunând tinerilor medici un stagiu obligator şi un examen de fine de studii; parvenind astfel — graţie entuziasmului şi muncei sale neobosite, cu concursul Statului său Major, format de el şi compus din tot personalul de elită a clinicei sale — să ne dea o pleiadă de medici balneologi, pe care am plăcerea de a-i zări astăzi în parte aici şi de-ai saluta cu afecţie.

Iată o faptă frumoasă în sine!... Nouă nu ne este posibil să lăudăm în deajuns opera profesorului Theohari, nefiind dealtfel nici prea multă nevoe, căci ea vorbeşte singură.

In schimb ce folos!... în loc să i se dea o desvoltare mai mare, în loc să se caute a se perfecţiona, ceea ce a reuşit să realizeze cu atâta trudă şi jertfă mult regretatul Theohari... noi am oprit totul pe loc... Se pare că am şi dat îndărăt... Dacă se poate!...

Fapt este — şi este trist... chiar de spus... — că îndată după încetarea din viaţă a fostului nostru coleg, totul a fost lăsat în părăsire şi dat uitărei... Nici un sprijin efectiv nu s'a mai dat operei acestui om de bine şi iscusit medic; savant şi altruist, cum rar am avut!...

Fostul său elev, suplinitorul actual al catedrei de Clinică Terapeutică, distinsul prof. agregat Băltăceanu, îmi face cunoscut că Facultatea noastră, ne mai primind nicio subvenţie, el nu va mai fi în măsură peste curând să organizeze cursurile şi lucrările de specialitate în Balneologie, pe care le face actualmente cu atâta zel şi competenţă, ca demn urmaş al mult regretatului profesor Theohari.

Apelez la Domniile-Voastre şi în numele tuturor acelor care au nevoe să-şi îngrijească de sănătate în ţara lor, în numele învăţământului, în numele intereselor Statului şi chiar ale Dv. proprii, D-lor Proprietari şi exploatatori de stabilimente Balneo-climatice, îmi permit să vă cer sprijinul şi tot ajutorul Dv.

Trista stare în care ne găsim, nu mai poate dăinui. Indolenţa trebue cu tot dinadinsul să dispară. Nu trebue să rămânem în urmă atât ca medici — atât ca Stat. Este o nevoe neapărată să păşim pe calea activităţii şi a progresului.

Incât D-lor, făcând apel la D-le voastre, cerându-vă ofranda Dv. sunt convins nu numai că nu mi-o vezi refuza, dar sper că mi-o veţi acorda cu inimă bună, cu toată inteligenţa, dându-vă seama că folosul va fi al tuturora şi prin urmare şi al D-voastră însuşi.

D-lor Proprietari sau arendatori ai Stabilimentelor Balneo-Climatice, eu vă cer să sacrificaţi 2% din venitul Dv., anual calculat după evaluarea fiscală.

Rog pe D-nii arendaşi ai Stabilimentelor şi pe D-nii exploatatori ai apelor minerale să contribue şi D-lor cu tot atât din taxa sau din arenda care o plătesc.

D-nii Medici balneologi se vor grăbi să ne dea, sunt sigur, cu plăcere 10 lei de fiecare reţetă, primind un carnet de ordonanţe taxate astfel, pe care D-lor îl vor achita anticipat.

D-nii Farmacişti vor contribui şi D-lor cu 5% din costul orcărei ordonanţe; fără a trece bine'nţeles această sumă în contul clientului.

In principiu vizitatorii unei staţiuni şi mai ales bolnavii nu trebue să plătească nimic pentru şcoală.

In schimb din încasările taxelor de sezon şi de cură se va putea percepe uşor, cel puţin 3% pentru înfăptuirea operei noastre.

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale la rândul lui, recte Direcţiunea Balneo-Climatică, ne va acorda câteva puncte din fondul său propriu şi aceeaşi sumă cel puţin, dacă nu mai mult, ne-o va da Oficiul Naţional de Turism, care-i se zice mai bogat...

Asociaţiunea, prietenia cam într'un fel cu de-asila, între O. N. T. şi Direcţiunea Balneo-Climatică trebue cimentată neapărat cel puţin printr'o faptă bună ca aceasta.

Domnule Ministru, aş îndrăzni să cer.. nu de altceva.. dar să ne poarte noroc.. şi 2%, numai 2%! din fondul ce-l primeşte Ministerul Sănătăţii de la Loteria Privilegiată de Stat şi — sperăm că D-l Preşedinte de onoare nu ne va refuza un ajutor atât de mic, promiţându-i... că vom cumpăra şi noi un bilet de loterie; căci fapta fiind atât de bună în sine şi în toate felurile.. cine ştie.. s'ar putea să avem noroc... care n'ar fi în fond, decât o justă şi bună răsplată.

Toate aceste venituri şi aş dori să fie cât mai mari, vor fi depuse la B. N. R. şi se vor trece sub denumirea de: „Fond Balneo-Climatic al Fac. de Medicină din Bucureşti, Prof. Anibal Theohari", ca o manifestare a noastră pentru a cinsti memoria acelui care a fost înfăptuitorul studiului Balneologiei la noi.

Şi iată ce ne propunem să facem cu acest fond: aduc totul la cunoştinţa Dv. El va servi la crearea unei catedre de Balneologie la Facultatea de Medicină din Bucureşti, admiţând că Ministerul Educaţiei Naţionale n'ar avea fonduri necesare pentru aceasta şi în orice caz, el va servi la înălţarea şi funcţionarea în cât mai perfecte condiţiuni a unui Institut de Balneologie „Prof. Anibal Theohari", înzestrat cu toate cele necesare, în care să se poată face lecţiuni, cursuri de specializare, lucrări ştiinţifice şi de control, asupra tuturor apelor noastre minerale. Oricine din D-stră se va putea adresa cu toată încrederea acestui Institut, fiind sigur de rezultatele ce va obţine sau de îndrumările ce i se vor da. Căci puteţi fi convinşi de înainte D-lor, că acest Institut nu va întârzia să desfăşoare o activitate intensă, strălucită, şi că va da roadele cele mai frumoase.

In primul rând el va contribui să dea o desăvârşită educaţiune celor care vor fi viitorii noştri medici balneologi, preparaţi în aşa fel în specialitatea lor, încât vor duce faima apelor şi staţiunilor noastre minerale cât mai departe; ceea ce va fi, îmi permit să vă repet, atât în avantajul bolnavilor, cât şi al stabilimentelor balneo-climatice şi al Statului, putând astfel să ajungă să aibă o sursă nebănuită încă de venituri!

Am convingerea fermă D-lor, dacă ne daţi sprijinul D-lor voastre, că toate prevederile, că toate dorinţele noastre se vor realiza cu prisosinţă şi că la stabilimentele noastre balneo-climatice printre numeroşii noştri vizitatori, vom avea plăcerea să avem şi mulţi străini, care vor veni de sigur în număr din ce în ce mai mare — căci daţi-mi voe să vă fac o mărturisire intimă... pe care v'o spun cu toată convingerea şi experienţa vârstei mele destul de înaintate, — ascultaţi de la mine: că nicăeri pe lumea asta, nu-i pământ mai rodnic, nicăieri nu-i cer mai frumos, nu's râuri mai mândre şi nicăieri nu se trăeşte mai bine şi mai agreabil—cu oameni mai blânzi şi mai buni—decât în iubita noastră ţară românească; mai ales când te poţi duce, în timpul vacanţelor, în aşa de frumoasele noastre staţiuni balneo-climatice unde vei fi sigur că găseşti şi doctori eminenţi... Cum să nu vie atunci, toţi străinii?.. Mă întreb!..sau mai e nevoe să mă-ntreb?.

Să n'avem D-lor, prin urmare nici cea mai mică îndoială, afacerea e bună în sine şi din toate punctele de vedere; aveţi toată încrederea. Ea va fi o „comoară" atât pentru particulari cât şi pentru Stat. Ce vroiţi mai mult?

La toate acestea vor contribui în primul rând desigur, excelenţii şi modeştii noştri medici balneologi, la care încă odată vă rog să ţineţi, să-i apreciaţi, să-i iubiţi, căci ei vor fi cu atât mai buni, cu cât li se va acorda mai multă încredere, cu cât li se va da mai multă posibilitate să-şi exercite cu toată râvna lor, prea frumoasa noastră profesiune.

Şi nu veţi uita D-lor, în stima şi afecţiunea Dv. nici Fac. de Medicină, nici Institutul de Balneologie, care-i va forma, continuând astfel să daţi dovadă de încrederea care trebue să o aveţi în viitorul splendid a tuturor breslelor balneo-climatice din ţara noastră, aşa cum îl dorim şi cum facem cu toţii urări din toată inima să fie, pentru ca staţiunile noastre balneo-climatice să prospere şi să înflorească din plin! Şi să ne bucurăm cu toţii!...

Daţi-mi voe încă odată D-lor, să vă mulţumesc din partea Facultăţii de Medicină din Bucureşti şi din partea tuturor acelor ce vor resimţi efectul mărinimiei D-lor voastre şi să vă rog să agreaţi în acelaş timp toată profunda mea recunoştinţă.

Le prof. LALU representant la Faculté de Médecine de Bucarest est heureux d'apporter le salut et les meilleurs souhaits de la part de la dite Faculté et il se fait un devoir de rappeler au congrès que les stations Balnéo-Climatiqes constituent encore une des richesses à peine exploitée de notre pays.

Il est convaincu que le plein essor de ces stations ne pourra avoir lieu qu'à l'aide surtout de médecins balnéologues d'élite.

A cette fin, il procese que MM. les propriétairea des stations balneo-climatiques, les locataires de ces établissements, les exploitateurs des eaux minérales, ainsi que le Ministère de la Santé et surtout l'Office National de Tourisme, contribuent par le versement d'une certaine somme au début et de cotisations annuelles ensuite, à fonder et à entretenir un Institut — modèle dans son genre — denomé: „Institutul de Balneologie Profesor Anibal Theohari», en souvenir du regretté maître, qui a été l'initiateur de l'enseignement del a Balnéologie en Roumanie.

Prof. LALU, als Vertreter der medizinische Fakultät în Bucarest, bringt Grüsse und die besten Wünsche von dieser Facultät und erinnert die Mitglieder des Bade — und Luftkurorte — Berufes daran, dass diese Kurorte einen noch nicht ausgebeuteten Reichtum unseres Landes darstellen.

In der Ueberzeugung, dass die vollständige Entwicklung dieser schönen Kurorte nur mit Hilfe eines Vereinigung von auserlesenen Badeärtzten erreicht werden kann, macht prof Lalu, folgenden Vorschlag und verlangt genügende Mittel für die Schaffung und Erhaltung einer Modellanstalt genant: „Institutul de Balneologie, Profesor Anibal Theohari" în Erinnerung an den unvergesslichen Meister, welcher der Gründer der Badelehre în Rumänien war.

Il professore LALU representente la Facultà di Medicina di Bucarest porge il salute e i miglior voti da parte di questa facultà, e ricorda a questa assemblea che le stazioni balneo-climatice constituescono una delle richezze appena sfrutate del nostro paese.

Essendo convinto che il completo svilupamento di queste belle stazioni non si potra fare che con l'aiuto di un corpo scelto medicale balneologo, il profesore propone o chiede mezzi per creare e mantenere un instituto — unico nel suo genere — nominato „Institutul de Balneologie, profesor Anibal Theohari", nel ricordo del compianto maestro che fu l'iniziatore dell'insegnamento balneologico in Rumenia.

FICATUL ŞI GLANDELE ENDOCRINE*)

de

Prof. C. I. PARHON

(Sfârşit)

Modificările hepatice sub influenţa stărilor hipo sau hiperfuncţionale ale pancreasului.

Ca şi pentru intestin hormonele pancreatice sunt vărsate în circulaţia generală prin intermediul venei porte.

Ele lucrează deci mai întâi asupra ficatului şi acţiunea lor asupra organismului în general, se exercită în parte cel puţin prin intermediul ficatului.

Primul fapt important de reţinut e acţiunea insulinei asupra glicogenului hepatic. Dar să observăm mai întâi că ceea ce am spus pentru intestin relativ la regenerarea ficatului se poate aplica şi pentru pancreas

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vom aminti în primul rând că după Aron, glicogenul nu apare în ficatul embrionar de cât în momentul în care insulele lui Langerhans sunt deja capabile de a funcţiona.

In ceea ce priveşte acţiunea injecţiilor de insulină la animalul normal opiniunile exprimate de diferiţii autori n'au fost întotdeauna concordante.

Pentru unii din ei ca Wertheiner (1926) aceste injecţiuni fac să crească glicogenul hepatic. Pentru alţii din contră, îl fac să scadă.

Găsim de citat printre ultimii numele lui Dudley şi Marian, Cramer (1924), Gibert şi Rathery, A. Laurant, Bodo şi Marks (1928), Bodo şi Neuwirt (1935), Dand şi Gohar (1922), C. F. şi G. T. Cori (1929), Scharles, Roll şi Salter (1935), Nielsen. Noi putem confirma această constatare.

Divirgenţa opiniunilor se explică de sigur, prin aceea a condiţiunilor experimentale, dar în mare parte prin faptul că autorii cari au lucrat la începutul erei insulinice, n'au dispus de produse foarte pure.

De când, graţie cercetărilor lui Santenoise şi a colaboratorilor săi, cunoaştem vagotonina, cea mai mare parte din autori obţin rezultate concordante.

---

*) Partea I în No. 11—12 | 937.

Santenoise, Verdier şi Vidacovich, conchid din cercetările lor experimentale, că vagotonina îmbogăţeşte ficatul în glicogen chiar în absenţa pancreasului şi aceasta prin intermediul pneumogastricului.

Acţiunea ei lipseşte la animalele vagotomisate.

In ceia ce priveşte acţiunea insulinei asupra formaţiunii glicogenului hepatic, la animalele epancreatate şi alimentate cu zahăr, autorii sunt în genere de acord pentru a recunoaşte acţiunea sa positivă (Bodo, Cotui şi Farber; Bodo şi Neuwirt (1931).

Cramer e de părere că insulina inhibă de asemeni formaţiunea zahărului pe seama substanţelor nehidrocarbonate în ficat.

Tiroxina ar lucra în mod opus favorizând gliconeogenia.

O constatare de reţinut e aceea a lui K. Paschkis (1929) care a observat că insulina face să dispară albuminoidele din celulele hepatice cari pot totuşi să persiste dacă alimentaţia e bogată în proteice.

Tratamentul tiroidian a fost fără acţiune din acest punct de vedere pe câtă vreme timusul pare a fovoriza acumularea acestor granulaţiuni.

Wertheimer (1926), a găsit că insulina pe lângă creşterea glicogenului hepatic stimulează metabolismul grăsimilor hepatice.

Adrenalina face să scadă grăsimile hepatice şi să crească glicogenul.

Cu Mareş şi Tatiana Cahane am putut observa o oarecare acţiune inhibitrice a insulinei faţă de supraîncărcarea grăsoasă a ficatului în urma supralimentaţiei forţate la păsări.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cercetările lui Wertheimer şi acelea ale lui Paschkis tind să arate că *insulina nu lucrează exclusiv asupra metabolismului hidraţilor de carbon dar că ea mobilizează de asemeni protidele şi lipidele hepatice.*

Insulina îşi exercită acţiunea şi asupra altor constituenţi chimici ai ficatului.

Astfel după Scharles, Roll şi Salter (1935) ea determină scăderea amilazei hepatice crescută sub influenţa alimentaţiei.

După Mori (1929) insulina, ca şi testiculele şi interstiţiala ovarului, favorizează formaţiunea ureei în ficat. Corpul galben e fără efect pe câtă vreme tiroida şi adrenalina exercită o acţiune inhibitrice.

Mai notăm că după Parhon, Mârza şi Cahane (1927); insulina face să scadă conţinutul în apă al ficatului.

Extirparea pancreasului exercită o acţiune importantă asupra glandei hepatice.

Astfel după Artom şi Marziani (1924), această intervenţie determină creşterea acizilor graşi totali şi a celor nefosfatidici, celelalte fracţiuni nefiind mult influenţate.

După Kaplan şi Chaikoff (1935) extirparea pancreasului la câine face să crească toate lipidele hepatice exclusiv cele fosforate. Greutatea ficatului creşte de asemeni.

Invers Lajos (1933) a găsit că injecţiunile de insulină determină reducerea cu 50% a grăsimilor hepatice, Dudley şi Marrian în cercetări

mai vechi (1923) nu găsiseră variaţiuni ale acizilor graşi hepatici la animalele tratate cu insulină.

Murlein ca şi Max Burger (1937) admit că pancreasul secretă pe lângă insulină o substanţă hiperglicemiantă pe care o indică sub numele de „glucagon" şi care exercită o acţiune de mobilizare rapidă faţă de glicogenul hepatic.

Vagotonina influenţează după Băltăceanu şi Vasiliu (1934) secreţiunea biliară scăzând'o din punctul de vedere al cantităţii totale ca şi în ceea ce priveşte conţinutul bilei în colesterol şi în săruri biliare.

Funcţiunile hepatice în absenţa sau exagerarea funcţiunii splenice.

Fiziologia şi patologia hepatică sunt de sigur influenţate biochimiceşte, de acelea ale splinei al cărui sânge eşit din vena splenică străbate de asemeni ficatul la care ajunge prin vena portă.

Din punctul de vedere morfologic s'a vorbit de o transformare lienoidă a ficatului în urma splenectomiei (Smidt, Lephène, Lauda, Dietrich (1927).

După Higgins şi Priestley splenectomia prealabilă face să crească mortalitatea animalelor hepatectomisate dar regenerarea ficatului e puternic stimulată.

Splina intervine în metabolismul zahărului şi exterparea ei determină, după Murao (1936) scăderea glicogenului hepatic. Fiessinger, Lançon şi Herbain spun din contră, că splenectomia pare a favoriza depunerea de zahăr în ficat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După Zorzi (1934) splenectomis determină mai întâi scăderea glicogenului hepatic. Dar în urmă acesta creşte din nou pentru a întrece normala.

După Fiessinger, Palmer, Lançon şi Herbain (1932) splenectomia face să scadă zahărul sanguin.

După Nakasava (1930) extirparea splinei determină scăderea grăsimei hepatice şi în aceiaşi ordine de idei găsim de citat cercetările lui Kobajashi (1924) după care dacă facem să treacă prin ficatul cobaiului butirat de sodiu se formează acetona. Cantitatea acesteia se dublează sau se triplează dacă se adaugă extract de splină.

Extractul intestinal care ca şi cel splenic, conţine colină nu produce aceleaşi efecte.

Modificările hepatice în sindromele hipo şi hiperipofisare.

Diferitele hormone ipofisare influenţează într'un fel sau în altul, morfologia, biochimia şi funcţiunile hepatice.

Amintim mai întâi hepatomegalia adeseori întâlnită în acromegalie sau acromegalogigantism şi pe care am observat'o de asemeni, împreună cu Milcu şi Tomorug într'un caz de sindromul lui Cushing.

In această ordine de idei Riddle (1931) a găsit că ficatul creşte cu 73% sub influenţa extractelor ipofisare.

Mai de curând Effkemann şi Harold (1935) au observat că greu-

tatea ficatului creşte cu 60% după tratamentul cu lob anterior de ipofiză. In celule se observă inclusiuni albuminoide. Ele diferă de acelea observate în urma altor extracte.

Se poate discuta dacă ipofisa nu exercită o acţiune asupra desvoltării hepatice. Din acest punct de vedere observăm că greutatea relativă maximă a ipofisei să găseşte în a 2-a lună e vieţii intrauterine (2 mgr. de greutate absolută).

Greutatea relativă maximă a ficatului se găseşte în a 4-a şi a 5-a lună a vieţii fetale. Ipofisa pare să precede prin activitatea ei pe aceea a ficatului.

Dar trebue să ne întrebăm de asemeni care e partea hormonelor tireotrope, gonadotrope, suprarenotrope, etc. a ipofisei în funcţionarea ficatului.

Din ceea ce ştim până în prezent se poate spune că acestea lucrează ca şi glandele a căror desvoltare şi funcţionare e stimulată de aceste hormone.

Astfel după Loesser hormona tireotropă face să scadă glicogenul hepatic. Dar acest fenomen nu se observă de cât la animalele a căror tiroidă e conservată.

Lederer (1935), eu însumi cu Milcu, am constatat de asemeni, scăderea glicogenului hepatic în urma injecţiilor de hormonă tireotropă.

Chianca (1932) a observat o creştere a glicogemului hepatic în urma injecţiilor de extracte anteroipofisare.

Selye, Collip şi Thomson (1935) au găsit că extirparea ipofisei împiedecă depunerea grăsimei în ficat la câine după pancreatectomie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tot astfel în ceea ce priveşte acumularea grăsimei după extirparea întinsă a ficatului, în porţiunea rămasă în loc.

Pe de altă parte cercetările lor vorbesc de asemeni pentru rolul suprarenalelor în depunerea grăsimilor care nu mai are loc dacă înainte de extirparea pancreasului se practică extirparea suprarenalelor.

După Cruz Coke şi Altamirano (1931) extractele ipofisare fac să crească apa, lipidele, colesterolul şi coeficientul lipolitic al ficatului. Ureea şi catalaza nu sunt modificate pe câtă vreme amilaza scade.

După Goss şi Gregory (1935) o injecţie unică de hormonă de creştere ipofisară determină după 8 ore o scădere de 30% a glutationului hepatic, după 12 ore scăderea e de 55% la şobolan. La animalele alimentate scăderea e mai puţin importantă. După 5 injecţiuni glutationul a fost găsit normal în ficat şi crescut în muşchi.

Anselmino, Effkemann şi Hoffmann găsesc că hormona metabolisantă a lobului anterior al ipofisei determină creşterea acizilor graşi nesaturaţi pe când cei totali cresc când sânt în mică cantitate şi scad când sânt crescuţi. Maximum e atins după 6 ore.

In ceea ce priveşte lobul posterior Coope şi Chamberlain (1925) au văzut că pituitrina poate face să crească până la dublu acizii graşi hepatici.

Creşterea lipidelor hepatice sub influenţa pitresinei a fost confirmată de W. Raab (1928), Arpino (1932), Muterja şi Van Dyke (1935), Hynd şi Rotter.

Aceeaşi hormonă face să scadă glicogenul hepatic (Arpino, Gómori şi Imre, Hynd şi Rotter, etc.).

Vosopresina poate să determine alteraţiuni hepatice şi renale (Scheps 1934) şi acţiunea ei asupra acestor 2 organe a fost invocată în patogenia eclampsiei, (Fauwet 1931).

Să adăogăm că după M. Cahane înţepătura infundibulară determină de asemenea scăderea glicogenului hepatic.

Funcţiunea biliară a ficatului e şi ea influenţată de ipofisa anterioară. Băltăceanu, Vasiliu şi Hagi Paraschiv (1934) cari s'au ocupat de acest subiect au constatat că tratamentul cu astfel de preparate măreşte secreţiunea biliară; rezidiu sec e de asemeni uşor crescut, indicele refractometric scade şi tot astfel e cu colesterolul eliminat prin bilă, pe câtă vreme cantitatea sărurilor biliare eliminată zilnic creşte.

Dar în aceste cercetări nu s'a făcut partea precisă a ceeace revine diferitelor hormone ipofisare.

Lobul posterior al ipofisei influenţează de asemeni stimulând după D'Alpern (1923) secreţiunea biliară. Ceea ce e sigur e că contractilitatea veziculei este stimulată de extractele retroipofisare (Filinski şi Pistkovski (1927) etc).

Acţiunea epifisei asupra glandei hepatice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am studiat împreună cu Milcu ficatul unui copil de 8 ani atins de sindromul macrogenitosomiei şi care a sucombat în urma unei insuflaţiuni ventriculare făcute în scopul de a precisa sediul tumorei.

Ficatul prezenta celule de volum normal cu structură fin granuloasă şi dintre care un mare număr conţineau destul de abundente granulaţii lipoide şi chiar picături. Nucleii prezentau un aspect normal, rotunzi cu unul sau une ori doi nucleoli şi granulaţiuni nucleare. Vascularizaţia era destul de abundentă.

Ficatul în cursul hipo sau ipertiroidiei.

Turburările hepatice sunt foarte frequente în cursul sindromelor hipo sau hipertiroidiene.

Lucrările de ordin anatomoclinic sau experimental datorite lui Blumenreich şi Jacoby (1896), Hertoghe (1899), Léopold Lévi, Rowe şi Laurence, Hoffmeister, Tatum, Schulze, Gaujoux şi Peyron, Parturier (1925) şi propriile noastre observaţiuni, fac acest fapt incontestabil.

Spaţiul impus acestui raport nu ne permite să insistăm asupra tuturor acestor lucrări. Trimitem deci pe cititorii doritori de mai multe amănunte la originale sau pentru unele dintre ele la Tratatul nostru de Endocrinologie, vol. I p. 166—167, 281, 401, 497, 822, 1040, 1103).

Cercetări în curs pe cari le urmăresc cu Stănescu şi Enăchescu,

tind să probeze că tiroidectomia scade capacitatea de regenerare a glandei hepatice.

In ceea ce priveşte ipertiroidia sau sindromul lui Basedow şi pentru a începe mai întâi cu modificările morfologice vom cita lucrarea lui Higgins după care regenerarea ficatului e considerabil accelerată sub influenţa tratamentului tiroidian.

Greutatea ficatului a fost găsită scăzută la epurii ipertiroidizaţi, de către mine însumi şi Maria Parhon, pe câtă vreme Hewit, Cameron, Carmichael au găsit-o mărită, ceea ce este după noi, în raport cu doza utilizată în experienţe.

După Pende (1929) ficatul este adeseori, mărit în sindromul lui Basedow.

Din punctul de vedere microscopic vom cita cercetările lui Farrant (1913), Smith (1914), Hashimoto (1921), Drăgoiu şi Fremiet, pe care absenţa de spaţiu nu ne permite să le analizăm aci (a se vedea cu privire la acestea Tratatul nostru de Endocrinologie. T. 1. p. 402-403).

Din punctul de vedere biochimic, vom cita mai întâi cercetările asupra glicogenului hepatic.

Maria Parhon (1913) şi Cramer (1913) şi în urma lor alţi autori au stabilit că glicogenul hepatic scade în mod important în cursul ipertiroidiei experimentale. In cercetările Mariei Parhon cantitatea de glicogen hepatic era de 6 ori mai puţin importantă la animalele ipertiroidizate de cât la martore. Acest fapt ar fi datorit după ea, creşterei activităţii musculare la animalele tratate.

Studiul istologic (coloraţiunea cu Carmin Best) arată, aşa precum am observat-o, o scădere considerabilă a glicogenului hepatic.

Numeroşi autori ca Abelin şi Vuile, Marx, Bösl, Coggshal şi Greene (1933), Frazier şi Frieman (1935), Fukui, Takao, Vinogradow şi Epstein au confirmat scăderea glicogenului hepatic sub influenţa tratamentului tiroidian sau tiroxinic.

Abelin şi Vuile au confirmat scăderea glicogenului hepatic şi într'o mai mică măsură a celui muscular în urma tratamentului tiroidian. Dar ei au arătat, în plus, că organismul reacţionează din acest punct de vedere, în aşa fel că o nouă perioadă de ipertiroidizare nu mai determină acelaş efect.

Astfel conţinutul mijlociu în glicogen hepatic după o perioadă de ipertiroidizare a fost de 0.10%, şi al glicogenului muscular de 0.13%, pe câtă vreme, după o a doua perioadă de tratament tiroidian, glicogenul hepatic a fost de 1.99% şi glicogenul muscular de 0.30%.

Himmelberger (1932) studiind acţiunea serului şi urinei basedovienilor asupra glicogenului hepatic la şoarece, îl găseşte scăzut pe câtă vreme cu aceleaşi lichide ale martorilor rezultatele au fost negative.

Buell şi Strauss (1934) sunt de părere că distrugerea glicogenului în ficat nu este accelerată în ipertiroidia experimentală dar că se for-

mează mult mai puţin de cât în starea normală pe seama acidului lactic, 27% faţă de normală.

In ceea ce priveşte atiroidia experimentală, după câteva încercări relative la conţinutul ficatului în glicogen la animalele eteroidate datorite Mariei Parhon sau lui Medigreceanu şi pe cari le-am menţionat în cartea noastră cu Goldstein asupra secreţiunilor interne (1909). Maria Parhon (1920) întreprinse noi cercetări asupra chestiunii şi găsi glicogenul hepatic scăzut la cobaii etiroidaţi de 6—7 luni sau la berbecii operaţi la vârsta de aproximativ 6 săptămâni şi sacrificaţi 14—15 luni mai târziu Astfel la cobaii etiroidaţi se găsi în medie 1.12% glicogen hepatic şi la berbeci 1.08%. La cobai martori se găseşte 2.33% şi la berbeci 2.75%.

In aceiaşi ordine de idei Niţescu a găsit că scăderea glicogenului hepatic sub influenţa inaniţiei e mai puţin pronunţată la animalele etiroidate de cât la martori. Murao (1930) mai de curând afirmă că glicogenul hepatic creşte după tiroidectomie (la epure).

In ceea ce priveşte influenţa tiroidei asupra lipidelor hepatice Artom (1923) studie conţinutul în lipoide al ficatului după tiroidectomie şi găsi în cea mai mare parte din cazuri o scădere considerabilă interesând acizii graşi fosfatidici pe câtă vreme cei nefosfatidici rămân normali, Colesterolul hepatic a fost găsit considerabil mărit 87.6% faţă de normal.

Aceste modificări conduc la o uşoară scădere (17.5%) a raportului

BCU Cluj / Central University Library Cluj

$\frac{\text{Acizi graşi fosfatidici}}{\text{Acizi graşi totali}}$ şi la o creştere însemnată de 84.1% a raportului $\frac{\text{Colesterol total} \times 100}{\text{Acizi graşi totali}}$ şi a raportului $\frac{\text{Colesterol total} \times 100}{\text{Acizi graşi fosfatidici.}}$

După Sakai (1931) tratamentul tiroidian face să crească în mod constant colesterolul hepatic. Acesta ca şi esterii săi cresc şi după tiroidectomie, în ficat.

Marine (1933) observă de asemeni creşterea colesterolului şi aceea a fosfatidelor în urma tiroidectomiei.

Oshima (1929) a găsit că acizii graşi hepatici cresc după tratamentul cu tiroxină fapt pe care l'am putut confirma împreună cu I. Ornstein

Noi am găsit din contră scăderea colesterolului hepatic după acest tratament.

Kamei şi Sassaki (1929) găsesc ca glutationul redus din ficat creşte după extirparea corpului tiroid şi scade după tratamentul tiroidian.

Din punctul de vedere al elementelor minerale şi al conţinutului în apă al ficatului la animalele etiroidate sau hipertiroidizate Maria Parhon a găsit ficatul mai bogat în apă la berbecii etiroidaţi de cât la martori (74.71; 73.87% pentru 72.63; 72.31%).

Cât priveşte conţinutul în apă al ficatului la hipertiroidizaţi Maria Parhon în 2 analize n'a găsit deosebiri importante. Totuşi multiplicând

cercetările eu însumi împreună cu Cahane şi Mârza am găsit o creştere a apei hepatice, diferenţa la sută în plus fiind de 2.51%.

M. Cahane la cobaii hipertiroidizaţi a găsit că ficatul era mai bogat în calciu în 5 din 7 cazuri. De două ori s'a arătat mai puţin bogat în acest element.

Conţinutul în magneziu s'a arătat în mod constant, mai ridicat la 7 animale ipertiroidizate.

Mai notăm că după Schneider şi după Widmann (1933) sodiul hepatic scade în mod apreciabil în urma tratamentului prin tiroxină sau prin hormona tireotropă anteroipofisară pe câtă vreme potasiul şi clorul nu sunt influenţate.

Impreună cu M. Cahane (1935) am studiat clorul hepatic la animalele ipertiroidizate. Pe 8 animale am observat de 6 ori o creştere a acestui element, de 2 ori am observat fenomenul opus.

Jouschtschenko (1913) analizând ficatul la o căţea ipertiroidizată a găsit o creştere a fosforului total şi organic, ca şi a fosforului total al organului delipoidat şi mai degrabă o scădere a fosforului anorganic.

Azotul total şi acela al organului delipoidat au scăzut de asemeni.

Din punctul de vedere funcţional Pende (1928) admite o iperfuncţiune hepatică la basedowieni.

Scăderea ureei în urină e regula în insuficienţa tiroidiană. Cât pentru turburările de metabolism al amoniacului dacă există, ele par mai degrabă în raport cu insuficienţa paratiroidiană.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Funcţiunea coagulantă a ficatului pare mai degrabă stimulată de insuficienţa tiroidiană şi Lidsky (1910) a găsit creşterea coagulabilităţii sângelui în această stare. Kocher de asemeni.

Nu posedăm documente cu privire la funcţiunea antitoxică a ficatului în insuficienţa tiroidiană.

Leone (1923) a studiat compoziţia bilei după fistula biliară la câinii ipertiroidizaţi.

Cantitatea totală a bilei, rezidiul ei uscat, conţinutul în săruri scade mult. Colesterolul a scăzut puţin, sărurile au scăzut până la a 10-a parte din normală.

Smith şi Whippe (1924) au observat că tratamentul tiroidian sau tiroxinic nu modifică redevenţa în săruri biliare.

Pe de altă parte Speidel (1926) pe sute de mormoloci supuşi la tratamentul tiroidian, a găsit coloarea bilei mai închisă ca la normali, fenomen pe care îl pune în raport cu destrucţiunea hematiilor, de asemeni crescută, la hipertiroidizaţi.

Lichtman (1932) găseşte în ipertiroidism că proba galactozuriei şi a pigmenţilor biliari nu e modificată.

Am studiat cu d-ra Werner conţinutul în colesterol al bilei animalelor tratate cu corp tiroid sau tiroxină, cu parathormonă sau cu ambele aceste tratamente combinate. Rezultatul a fost următorul:

La căinii martori media la sută a colesterolului biliar a fost de 1.20; la ipertiroidizaţi de 1.14; la animalele cari au primit parathormonă de 1.20; la cele cu dublul tratament de 0.99.

Rezultă din aceste cercetări că parahormona nu a influenţat colesterolul biliar pe câtă vreme tratamentul tiroidian a determinat scăderea sa puţin importantă.

Dar tratamentul combinat a fost acela care a determinat scăderea cea mai importantă a colesterolului biliar. Faptul acesta trebue luat în consideraţie când e vorba să tratăm litiazicii biliari.

Mai adăugăm că Parhon şi Urechia (1911) în cazuri de litiază biliară au găsit tiroida mai mică ca de obiceiu şi prezentând diferite alteraţiuni ca foliculi mici sau din contră dilataţi, celule desquamate, coloid bazofil, etc. şi vom aminti deasemeni că Hürthle (1894), Lewandowski şi Linedmann (1897), au observat alteraţiuni tiroidiene în icterul spontan sau în cel experimental şi că Wiener (1901) a notat o mare acumulare de coloid în tiroida animalelor purtătoare de fistule biliare.

Influenţa a—, hipo—şi hiperparatiroidiei asupra stării morfologice, biochimice şi funcţionale a ficatului.

Paratiroidectomia, la şobolanul alb, determină după Hammet (1923) o încetinire în desvoltarea ficatului şi Longo (1911) într'un caz de tetanie infantilă a notat fenomene de insuficienţă hepatică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din punct de vedere anatomo-patologic Jeandelize (1903) a găsit ficatul normal din punctul de vedere macroscopic dar prezentând modificări microscopice.

Astfel congestiunea a fost notată de Sanquerrico şi Canalis, Laulanié, Quainquand, Artaud et Magon, Rosenblatt, Larson şi Elkouries etc.

Albertoni şi Tizzoni (1886) au notat degenerescenţa grăsoasă cu reducerea de volume a celulelor hepatice către periferia organului, precum şi un uşor grad de ciroză.

Astfel de leziuni au fost observate şi de Laulanié. Delitala (1907) a notat de asemeni leziuni hepatice.

Din punctul de vedere chimic Maria Parhon (1920) a observat scăderea glicogenului hepatic, iar eu însumi cu Ornstein (1926) am găsit o creştere importantă a colesterolului.

La animalele cari au primit injecţii de parathormonă eu însumi cu Cahane am găsit de 5 ori pe 7 ficatul mai bogat în glicogen. Cu I. Ornstein am observat că extractul paratiroidian tinde să mărească lipidele şi colesterolul hepatic.

Să adăugăm de asemeni că împreună cu Mârza şi Cahane am găsit apa hepatică, mărită de 3 ori pe 4 cazuri după tiroparatiroidectomie; Diferenţa medie a fost de 0.788 în favoarea injectaţilor.

Din punctul de vedere funcţional Kim găseşte că eliminarea prin bilă, a unei albumine specifice e crescută după extirparea paratiroide-

lor. Tot astfel eliminarea zahărului prin bilă. Calciul biliar scade când există o ipocalcemie.

Piung-Hunhi (1931) a observat că epurii paratiroidectomizaţi prezintă o mai puternică eliminare a bacteriilor injectate intravenos, ceea ce a atribuit scăderei activităţii celulelor lui Kupfer.

Blumenthal şi Ickstadt (1924) afirmă că animalele au fistula lui Eck fac o tetanie paratireoprivă mai atenuată. Dosa de calciu activă e mai mică. Cataracta e regula. Pentru aceşti autori rolul desinstoxicant al ficatului în tetanie e îndoelnic.

Holand şi Essau (1930) găsesc că animalele paratireoprive sunt foarte sensibile la acţiunea extractelor hepatice. Cu toate acestea după dispariţia şocului fenomenele se ameliorează. După aceşti autori extractele hepatice scad calcemia.

La rândul său Niţescu (1932) a găsit că acţiunea parathormonei asupra calcemiei nu se mai produce la câinii intoxicaţi cu fosfor.

In aceiaşi ordine de idei Greenberg (1932) observă că în prima perioadă a intoxicaţiei fosforate ipercalcemia în urma injecţiei de parathormonă era mai puţin accentuată de cât la martori. In perioada de reconvalescenţă calcemia n'a crescut de loc în urma aceluiaşi tratament.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Parturier (1936) a publicat de curând o lucrare foarte interesantă despre „Ficat şi paratiroide". El relatează cazuri de boale hepatice sau biliare cu participare paratiroidiană sau în care tratamentul paratiroidian a dat rezultate bune. El emite de asemeni ipoteze sugestive care ar putea servi de punct de plecare pentru cercetări noi.

Spaţiul foarte limitat rezervat acestui raport ne împiedecă să insistăm mai mult asupra acestei lucrări.

Influenţa timusului asupra funcţiunilor hepatice.

Cunoştinţele noastre sunt foarte mărginite din acest punct de vedere.

Am studiat împreună cu M. Cahane şi V. Mârza influenţa extirpărei timusului asupra conţinutului în apă al ficatului. El a fost găsit scăzut în cele mai multe cazuri. Contrariul s'a întâmplat la animalele tratate cu timus.

Mai de curând cu D-ra Werner am găsit că injecţiile de extract timic determină creşterea procentuală a greutăţii hepatice ca şi a conţinutului în lipide.

Aceiaşi creştere ca şi a colesterolului hepatic a fost găsită în cercetările ce am făcut cu I. Ornstein.

Am citat deja observaţiunile lui Paschkis (1929) care a găsit acumularea de granulaţiuni de albumină în celulele hepatice sub influenţa tratamentului prin timus.

Modificările morfologice, biochimice şi fiziologice ale ficatului sub influenţa absenţei, hipofuncţiunii sau hiperfuncţiunii suprarenalelor:

Un mare număr de cercetări se referă la acest subiect. Cele mai multe privesc raporturile ficatului cu sistemul cromafin, un număr mai puţin ridicat cu scoarţa suprarenală.

Dar aceste din urmă raporturi par cel puţin tot aşa de importante ca şi cele dintâiu. Vom începe cu ele.

Cunoştinţele noastre asupra modificărilor morfologice ale ficatului după suprarenalectomie sunt puţin înaintate.

Scăderea glicogenului e în tot cazul uşor constatabilă la examenul microscopic precum am putut'o observa împreună cu Milcu şi Atanasiu.

Acest corp scade după extirparea suprarenalelor dar poate să crească din nou în cazurile în care animalele supravieţuesc acestei intervenţiuni. Tratamentul printr'un extract activ corticosuprarenal face în tot cazul, să crească glicogenul hepatic nu numai la animalele suprarenalectomizate dar şi la martori (Britton şi Silvette 1932). După aceşti autori creşterea glicogenului hepatic după tratamentul corticosuprarenal poate chiar servi de test pentru activitatea extractelor.

Relaţiunile hepatocorticosuprarenale apar aşa de strânse în cât moartea animalelor suprarenalectomizate apare, după unii autori, ca fiind datorită insuficienţei hepatice.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" University Library Cluj

Pico Estrada (1927) stabileşte că animalele private de suprarenale prezintă într'adevăr, o astfel de insuficienţă (încetinirea eliminărei tetraclorftaleinei) şi după Putschkow şi Krasnow (1928) creşterea importantă a azotului aminoacid şi a aminelelor biogene care se observă în sânge şi urină după extirparea suprarenalelor, cu scăderea paralelă a ureei din urină, se observă de asemeni după extirparea ficatului. Aceste turburări ar fi deci datorite insuficienţei acestui organ.

Studiind funcţiunea ureogenetică a ficatului isolat, la animalele suprarenoprive, ei observă că ficatul acestor animale influenţează mult mai puţin, sărurile de amoniac sau aminele biogene şi că funcţiunea ureogenetică e foarte scăzută. Extractul de suprarenală proaspătă restabileşte situaţia.

Dar durata acţiunei extractelor active nu e de cât de 15—20 minute. Substanţa activă nu e adrenalina şi nu e conţinută în alte organe.

Moartea animalelor lipsite de suprarenale în cazurile în care e vorba de o acumulare de colină e datorită acumulărei de amine biogene în urma dispariţiei barierei hepaticei.

Funcţiunea biliară este de asemeni influenţată de suprarenalectomie.

După Angela Popescu (1936) extirparea unei singure suprarenale sau chiar a 60—70% din ţesutul suprarenal total, determină o creştere a debitului biliar (la câinii purtători de fistulă biliară) dar nu se observă o proporţionalitate între creşterea debitului şi cantitatea parenhimului distrus.

Extirparea bilaterală nu turbură într'un mod pronunţat debitul biliar de cât în faza premortală.

La animalele suprarenoprive se observă o strânsă relaţiune între cantitatea colesterolului din sânge şi a celui din bilă precum şi între zahărul liber şi cel protidic din aceste lichide.

Indicele de refracţiune al bilei pare scăzut după suprarenalectomie la câine. Tot astfel colesterolul sanguin şi biliar. Pigmenţii biliari nu sunt influenţaţi, se observă o scădere importantă a sărurilor biliare. Zahărul liber, biliar, scade de asemeni ca şi zahărul sanguin. Zahărul protidic din sânge creşte şi tot astfel pare a fi şi cu zahărul protidic biliar.

In ceea ce priveşte relaţiunile ficatului cu substanţa cromafină cunoaştem de la cercetările lui Doyon că adrenalina face să scadă glicogenul hepatic.

Acest fapt a fost confirmat în general de toţi autorii cari s'au ocupat cu această chestiune.

Adrenalina mobilizează zahărul hepatic.

In această ordine de idei Borak şi Rednik (1928) sunt de părere că curba glicemică după injecţiunea de adrenalină poate să fie utilizată pentru examenul funcţiunii hepatice. Glicemia e mai mică în insuficienţa hepatică. După Asaeda şi Sheu (1934) adrenalina exercită o acţiune mobilizatoare dar şi una formatoare asupra glicogenului hepatic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mai notăm că după Borak injecţiunile repetate de adrenalină la epure, pe nemâncate, măreşte glicogenul hepatic cu toată acţiunea de sens contrariu a foamei sau a adrenalinei când lucrează singure. Matsui (1926) confirmă acest fenomen. Studiul istologic şi chimic, duce la rezultate concordante.

Adăugăm că după Lamson (1922) adrenalina face să crească volumul sângelui graţie contracţiunilor venelor hepatice. Pituitrina ar face să scadă acest volum (după acelaş autor).

Dar adrenalina nu e numai un mobilizator al zahărului hepatic. Unele cercetări par a demonstra că ea lucrează într'un mod analog asupra protidelor şi lipidelor hepatice.

Astfel după Rothmann (1924) alimentaţia supraabundentă în albumină la broască măreşte aproape până la dublu azotul hepatic. Adrenalina îl face din contră să scadă.

Iones şi Fisch (1925) sunt de părere că prognosticul boalelor hepatice este rău când acidlipemia în urma injecţiunilor de adrenalină scade în loc să crească.

După Mori (1929) secreţiunea biliară este inhibată de adrenalină şi încetinită de pitutrină pe câtă vreme insulina ca şi atropina şi pilocarpina sunt fără acţiune.

La rândul lui Okamura (1929) constatată de asemeni că adrenalina scade secreţia acizilor biliari şi a cantităţii totale de bilă pe câtă vreme

după acelaş autor pituitrina nu influenţează cantitatea totală de bilă dar scade de asemeni acizii biliari.

De curând Higgins, Dassler şi Mann (1935) constată că adrenalina în concentrarea de 1.500.000 determină o uşoară scădere a contracţiunii tonice şi încetarea activităţii ritmice a veziculei biliare.

Adăugăm că după Tanemann (1924) suprarenala dreaptă e în legătură mai ales cu jumătatea dreaptă şi cea stângă mai ales cu cea stângă a ficatului.

El a utilizat 5 epuri cărora le-a practicat o puncţie bulbară (Zuckerstriche) şi extirparea unilaterală a unei suprarenale. Scăderea glicogenului a fost mai importantă de partea glandei extirpate.

Influenţa absenţei, hipo—şi hipersecreţiunii glandelor genitale asupra ficatului din punctul de vedere morfologic, biochimic şi fiziologic.

Există desigur relaţiuni între ficat şi glandele genitale şi unele boale ca litiaza biliară sunt mult mai frequente la femeie.

Din punctul de vedere morfologic există deosebiri ponderale între ficatul celor 2 sexe la unele specii cel puţin. Astfel după Riddle ficatul găinilor e cu 9.4% superior aceluia al cocoşilor de şi greutatea primelor e mai puţin importantă. Oscilaţiunile ponderale ale ficatului (şi ale splinei sunt mai accentuate la bărbat şi în raport cu gonadele).

Hawk (1930) afirmă la rândul său că femelele moruei de Norvegia sunt mai mari de cât bărbaţii şi că au ficatul de asemeni mai mare şi mai clar. Din acest ficat se obţine 37% ulei pe câtă vreme din acela al bărbaţilor se capătă 43.3%. Cu I. Ornstein, la Cobai, am găsit că ficatul femelelor e mai bogat în acizi graşi şi în colesterol de cât acela al bărbaţilor.

După castraţia testiculară Parhon şi Goldstein n'au găsit modificări constante şi de acelaş sens. După castraţia ovariană (2 experienţe) pare a exista o oarecare supraîncărcare adipoasă a ficatului.

E locul să amintim aci că Champy, Kitch şi Lombard (1929) examinând pancreasul animalelor castrate au observat o creştere a insulelor lui Langerhans cu regresiunea formaţiunilor exocrine. In ficat se observă o vacuolizare a celulelor încărcate cu glicogen a zonei centrale. Glicogenul se găseşte situat printre vacuole. Ficatul pare de asemeni mărit. Constatările făcute la castraţi sunt cu atât mai evidente cu cât animalul e mai gras şi martorul mai slab.

Din punctul de vedere biochimic notăm că după Stohr la şobolan, oscilaţiunile glicogenului hepatic sunt mai mari la bărbat iar glicogenul şi rezerva alcalină mai mici.

Maria Parhon (1922) a observat că după 6 săptămâni dela castraţie se găseşte o scădere a glicogemului hepatic, cel muscular ne diferind în mod aprecibil, faţă de martor, dar dacă animalele au supraveţuit un an se găseşte o scădere importantă în ficat şi muşchi ceeace ar putea ţine la reacţiunea altor glande endocrine.

La rândul său Cahane (1930) a regăsit tendinţa la scădere la animalele ovariotomizate. El găseşte din contra glicogenul hepatic mărit după castraţia orhitică.

După Bokelmann, Dieckmann, Kaufmann şi Scheringer (1931), glicogemul creşte în mod absolut şi relativ după castraţie în ficat, pe câtă vreme conţinutul în grăsime scade. Paralel animalul (şobolanul alb) creşte în greutate.

Aceiaşi autori găsesc că foliculina face să scadă glicogenul şi să crească grăsimile hepatice. Cu I. Ornstein am găsit de asemeni creşterea acestor corpi ca şi aceea a colesterolului hepatic.

In cursul ciclului sexual Bokelmann, Dieckmann, Kaufmann şi Scheringer nu găsesc variaţiuni importante, totuşi se pare că glicogenul scade în faza de „procœstru" şi de „œstru" şi creşte în timpul „metoestrului" şi „dioestrului".

După Chino (1936) glicogenul hepatic scade după tratamentul prin substanţă orhitică sau cu ovar complect (pe cale bucală) şi creşte din contră după castraţie.

Knoops şi Thomas (1932) au observat că inaniţia determină o scădere mai importantă a glicogemului hepatic la şobolancele tinere de cât la masculi. La animalele mai bătrâne se produce contrariul.

Cercetările mele cu Cahane confirmă scăderea glicogenului hepatic sub acţiunea extractelor orhitice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Administrarea de corp galben la epure măreşte după Nakao conţinutul în glicogen al ficatului şi împiedecă scăderea sa sub influenţa tratamentului tiroidian. O acţiune asemănătoare se observă de asemeni după administrarea de cortico suprarenală.

Abelin (1930) a observat că gălbenuşul de ou favorizează acumularea glicogenului hepatic.

Artom şi Marziani studiind efectele ovariotomiei asupra lipidelor hepatice la epure, găsesc că rezidiu e în mod constant mărit, acizii graşi fosfatidici scad şi tot astfel substanţele insaponifiabile. Cercetările istologice conduc la acelaş rezultat.

Funcţiunea biliară este desigur influenţată de glandele sexuale.

Se cunoaşte marea frequenţă a litiazei biliare la femee ceea ce pare în legătură cu acţiunea hipercolesterolemică a ovarelor.

Din punct de vedere experimental Băltăceanu, Vasiliu şi H. Paraschiv (1934) au observat că dozele puternice de foliculină la câini (1000 unităţi şobolani pentru un câine de 16—17 kgr.) determină scăderea cu 30—40 % a cantităţii de bilă cu creşterea puţin marcată a viscozităţii şi a indicelui de refracţiune şi scăderea (cu 10—15%) a colesterolului, scădere (15—20%) a rezidiului sec uscat.

Autorii conchid că foliculina posedă o acţiune inhibitrice asupra funcţiunii secretorii a bilei.

Cu privire la relaţiunile ficatului cu glandele genitale se cuvine să mai amintim cazurile din ciroză cu ginecomastie.

Silvestrini (1904) a atras primul atenţia asupra prezenţei ginecomastiei la bolnavi atinşi de ciroză hepatică. In cazul lui Fillipoldi s'a găsit o ginecomastie adevărată şi mai multe alte alteraţiuni glandulare.

Agueci (1934), Boccia (1934) au observat de asemenea cazuri de ginecomastie la bolnavii atinşi de ciroză hepatică. La rândul său Guiliani (1935) a observat două cazuri de ciroză sifilitică cu acelaş fenomen heterosexual.

Aceste fapte ne fac să ne gândim la rolul ficatului în metabolismul sterolilor ai căror derivate sunt hormonele sexuale. Din acest punct de vedere vom reaminti că Janney şi Buraham (1930) au izolat o substanţă ostrogenă din ficat. Schroeder şi Goerbing (1921) au văzut că lipoizii hepatici fac să crească uterul epuroaicei impubere. La rândul lor Dingemanse şi Laqueur (1929) au văzut că din ficat şi bilă se pot obţine substanţe estrogene. Gsell-Busse (1928-1929) s'au servit de bilă pentru a prepara astfel de substanţe.

PRIVIRE GENERALA ŞI CONCLUZIUNI ASUPRA FICATULUI CA GLANDĂ ENDOCRINĂ ŞI ASUPRA RELAŢIUNILOR SALE CU CELELALTE GLANDE CU SECREŢIUNE INTERNĂ.

Din faptele expuse în paginele ce preced pare a reeşi că ficatul în afară de funcţiunile sale interne şi de funcţiunile biligenetică, glicogenetică, ureogenetică, posedă de asemeni un rol hormonal.

Reese, în mod indiscutabil, că funcţiunile sale în general, sunt influenţate de secreţiunile celorlalte glande endocrine.

In ceea ce priveşte propriile sale hormone şi cu rezervele impuse de starea puţin înaintată, a cunoştinţelor noastre asupra acestei chestiuni, putem considera existenţa unei hormone antianemică, a unei alteia care regulează circulaţia, a unei hormone diuretice sau care regulează metabolismul hidric, a unei hormone care influenţează nutriţiunea centrilor nervoşi şi excitabilitatea lor şi pe cât se pare, a mai multor altora încă mai puţin studiate de cât cele precedente. Bila însăşi sau unii din constituenţii ei par a putea lucra de asemeni, pe cale hormonală.

Dar o chestiune importantă se pune încă referitor la rolul endocrin al glandei hepatice.

In cursul primei perioade de desvoltare funcţiunea glicogenetică şi biligenetică lipsesc. Glicogenul apare la o epocă mai mult sau mai puţin înaintată a vieţii embrionare, ceea ce putem confirma pentru embrionul de pui de găină.

Care e rolul ficatului în cursul acestei prime perioade a existenţei sale?

Aron între alţii, îi atribue un rol hematopoetic, corpusculii sanguini formându-se chiar pe seama celulelor hepatice.

Dar ca şi acest autor, ne gândim de asemeni la rolul endocrinian şi *e locul de a ridica problema de a şti dacă nu lucrează ca organ endocrinian secretând hormone organo sau istogenetice?*

E o chestiune pe care ne mulţumim de a o pune pentru moment.

In ceea ce priveşte relaţiunile ficatului cu celelalte glande endocrine funcţiunile sale sunt influenţate, şi de sigur regulate, de aceste din urmă.

Unele hormone excită activitatea formativă a ficatului, regenerarea lui atunci când e locul şi în mod verosimil, desvoltarea lui. Printre acestea e locul să cităm în primul rând hormonele intestinale, ca şi pe cele tiroidiene, ipofisare şi poate, pancreatice.

Unele hormone ca tiroxina, adrenalina, insulina, hormona orhitică, foliculina, hormona retrohipofisară mobilizează glicogenul hepatic.

Vagotonina, hormona corpului galben, cortina îmbogăţesc din contră, ficatul în glicogen.

O hormonă anteroipofisară (hormona de creştere) favorizează acumularea substanţelor proteice în celulele hepatice. Hormona retroipofisară favorizează acumularea substanţelor lipoide în acelaş organ.

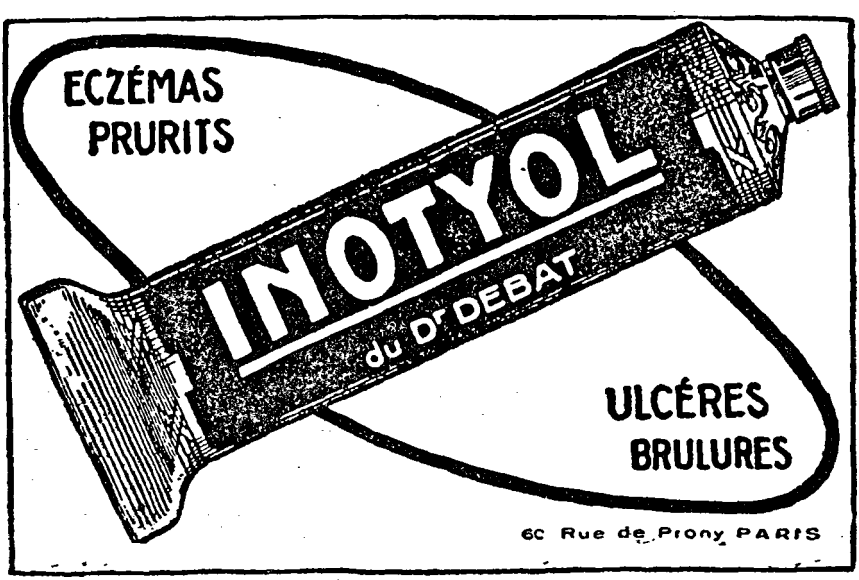
Adrenalina şi insulina par a mobiliza şi proteinele şi grăsimile hepatice.

Unele hormone ca secretina şi altele încă, excită secreţiunea biliară, altele ca foliculina, par a lucra în mod opus.

E verosimil ca diferitele hormone să intervină pe cale directă, dar şi prin intermediul sistemului nervos în timpul diferitelor faze ale funcţiunilor digestive, în activitatea musculară, a funcţiunilor de reproducere, etc., pentru a solicita într'un fel sau în altul, activitatea hepatică

Precum se vede studiul ficatului ca glandă endocrină şi acela al corelaţiunilor sale hormonale, cu toate numeroasele incertitudini oferă un mare interes. El merită să mai rămână câtva timp, la ordinea zilei.

Biblioteca Universitară Iaşi



Agence en Roumanie: Laboratorul farmaceutic „Luteţia" S. A. R.
103, Str: Toamnei — Bucarest III

VALOAREA VACCINARII ANTISCARLATINOASE *)

de

Docent D-r ION BAZGAN

In anul 1934 autorul a vaccinat contra scarlatinei cu anatoxină 2047 copii cari înainte prezentaseră reacţia Dick pozitivă.

Dupe 4 vaccinări succesive şi la un interval de 4—6 săptămâni Dick devine negativ în proporţie de 67 %.

In restul anului au făcut o scarlatină uşoară 31 copii, dintre cari 26 cu Dick pozitiv şi 5 cu Dick negativ; — în anul al II-lea mai fac scarlatină încă 11 cu reacţia Dick pozitivă.

Bazat pe statistica sa autorul afirmă eficacitatea anatoxinei scarlatinoase şi recomandă administrarea ei mai ales în timpul epidemiilor şi înainte de deschiderea şcoalelor şi propune legiferarea ei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Scarlatina, în ţara noastră, este boala infecţioasă, care bântue mai ales în centrele mari ca: Bucureşti, Iaşi, Chişinău, nu se termină niciodată şi se poate considera endemică. Au fost numeroase epidemii de scarlatină şi ajunge să amintesc epidemia din 1930—1931, când forma clinică şi complicaţiile sub care s'a prezentat a produs, putem spune, un adevărat flagel în populaţia şcolilor. După o lucrare a D-lui D-r Stroe, mortalitatea s'a urcat în această epidemie până la 19 la sută în forma ulcero-neaotică. In calitatea mea de fost secundar al Serviciului de Boli Contagioase, copii, nu voi uita niciodată acele forme grave de scarlatină, la care terapeutica specifică întrebuinţată în mod curent şi cât mai larg nu a dat rezultatele aşteptate; în forma ulcero-necrotică sau ulcero-gangrenoasă, asocierea de ser specific—SER DICK—CU SER ANTIGANGRENOS, a dat rezultate bune.

Pentru o bună parte din ţările Europene şi chiar pentru ţările de peste Ocean, scarlatina nu prezintă aproape nici un pericol.

Măsurile profilactice şi izolarea cazurilor de scarlatină, cât şi o terapeutică foarte redusă, sunt suficiente şi nu lasă să se observe formele grave. Aici, probabil intervine factorul de „génie epidémique" de la noi. In schimb, în aceste ţări, boala contagioasă ce prezintă gravitate, este difteria şi contra ei se iau măsuri profilactice şi terapeutice severe. Aceasta a făcut ca la Congresul de microbiologie din vara

*) Coloquiu în cadrul Asoc. Doc. Fac. de Medicină din Bucureşti, în seara zilei de 9 Apr. 1937, la Spitalul Colţea.

anului trecut — 1936 — ţinut la Londra, să se prezinte numeroase rapoarte în ceea ce priveşte difteria şi mult mai puţine în ceea ce priveşte scarlatina. D-rul Dochez, altădată pasionat de scarlatină, se ocupă în prezent de microbiologia gripei — având un număr însemnat de lucrări în această direcţie.

Cu aceste cuvinte introductive şi cu noţiunea clară că scarlatina, în ţara noastră, prezintă o gravitate de nedescris în cursul unor epidemii, este logic să ne întrebăm dacă, până în prezent, s'au găsit mijloacele cu care să opunem rezistenţă acestui flagel intermitent al scarlatinei.

Contra variolei, febrei tifoide şi paratifoide, etc., de mulţi ani se întrebuinţează, pe lângă celelalte mijloace profilactice şi vaccinarea antivariolică sau antitifică, a cărui bune rezultate indubitabile au făcut ca acest mijloc biologic şi sigur de apărare a populaţiei, să fie legiferat şi nimeni în prezent să nu se mai opună vaccinării.

Există multiple cercetări în ceea ce priveşte vaccinarea antituberculoasă, antigripală, anticonvulsivă, antiexantematică, etc., dar toate acestea nu au putut ajunge, din cauza factorilor biologici, să dea rezultate mulţumitoare.

Cercetările insistente în vaccinare şi seroterapia bolilor infecţioase, cu rezultate destul de sigure şi încurajatoare, ne dau speranţa că într'un viitor mai apropiat sau mai depărtat, vom avea la îndemână arma contra tuturor infecţiunilor.

In ce priveşte flagelul difteric, cercetările lui G. Ramon, începute din 1926 şi bazate pe principii biologice cunoscute, au ajuns, în prezent, a pune la îndemâna tuturor anatoxina antidifterică a lui Ramon cu care se face profilaxia antidifterică, eficace.

Biblioteca Universitatea "Ion Ionescu de la Brăila"

Nu e locul aci să vorbesc despre ea, dar pot spune numai, că rezultatele sigure obţinute cu anatoxina antidifterică în toată lumea medicală, a determinat multe State să legifereze vaccinarea antidifterică, fapt care s'a realizat de scurt timp şi în ţară la noi.

Şi acum, ne punem întrebarea dacă, afară de profilaxia obişnuită, avem mijloace biologice cu cari să luptăm contra scarlatinei.

La această întrebare putem răspunde dela început că avem aceste mijloace şi voi arăta pe scurt, în mod cronologic, ceea ce s'a putut obţine până în prezent, — bazându-ne pe lucrări anterioare şi pe observaţii personale făcute în anul 1934.

In acest an, am fost însărcinat de Ministerul Sănătăţii, Direcţia Serviciului Sanitar, să conduc echipa de vaccinare antiscarlatinoasă din sectorul de galben Bucureşti. Am fost secundat pentru efectuarea acestor vaccinări, de Domnii Doctori: V. Anghelescu, Şt. Şinculescu. Surorile El. Vărgolici şi Lucia Hagiopol ne-au fost de real folos. Pentru complectarea unor cercetări asupra relaţiei dintre vaccinare şi modificarea sanguină, am fost ajutat de D-ra D-r I. Schwartz.[1]).

A. Anterior încercărilor de imunizare contra scarlatinei cu anatoxină, s'a făcut începând cu GABRITSCHEWSKI în 1906, vaccinarea cu un vaccin preparat din

1) Atât D-lor Doctori, cât şi surorilor, le aduc mulţumirile mele pentru înţelegerea ce au dat, cu toate greutăţile avute în efectuarea acestor vaccinări.

cultivarea streptococilor de scarlatină, în bulion inactivat o oră la 60°, adăugând la emulsie 0,50% ctg. ac. fenic.

Un alt vaccin a fost preparat de către DI CHRISTINA şi CARONIA.

Lucrările acestor premergători ai vaccinării antiscarlatinoase au fost controlate de mulţi cercetători între care cităm pe ZLATOGOROFF, SINDONI, GIOSEFFI, AMENTA, LAZARINI, NIKITINE, PANTEHONLIDZEFF, etc.

Faptul că metoda vaccinării cu microbi omorîţi întâmpină greutăţi evidente şi anume că atât reacţiunile locale cât şi cele generale sunt foarte accentuate, iar rezultatele destul de mediocre, fac ca această metodă de vaccinare să fie abandonată aproape complet.

Ipoteza că agentul patogen al scarlatinei este un streptococ a fost confirmată, susţinută şi complectată de şcoala americană din Chicago, care, în 1916, cu DOCHEZ, arată că în gâtul tuturor scarlatinoşilor 100% se găseşte streptococul şi anume streptococul hemolitic.

Nu se poate vorbi de scarlatină fără ca numele lui DOCHEZ şi a celor doi soţi GLADIS H. DICK şi G. F. DICK să nu fie citat de multiple ori. De aceste nume sunt legate noţiunile noi de etiologie, seroterapie şi profilaxie antiscarlatinoasă.

Din 1916 cu DOCHEZ şi 1917 cu soţii G. H. DICK şi G. F. DICK începe o epocă nouă pentru scarlatină, în ce priveşte etiologia şi aproape toţi cercetătorii rămân partizanii streptococului hemolitic.

Profesorul I. CANTACUZINO spune că streptococul hemolitic joacă rol în geneza boalei, fie ca element vector pentru un virus filtrabil, fie ca element simbiotic ca modificator al virulenţei unui virus necunoscut, fie ca generator al formelor de streptococi filtrabili.

Reacţia Dick şi specificitatea ei este recunoscută şi susţinută de toţi cei ce au practicat-o. SCHOTTMUELLER împărtăşeşte în totul această părere, rămânând doar ZLATOGOROFF cu ideia că Reacţia DICK, ar avea o valoare relativă.

Tot cu începere dela DOCHEZ şi soţii DICK se împământeneşte seroterapia antiscarlatinoasă, care, putem spune că, astăzi constituie tratamentul specific al formelor Hyperpiretice şi Hypertoxice de scarlatină.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

B. Vaccinarea cu toxina Dick — 1924 — preparată după indicaţiile soţilor DICK din streptococul hemolitic, a dat rezultate relative bune în mâinile lor. Cercetările au fost confirmate apoi de A. ZOELLER, NESBIT — 1925, — H. SPARROW şi HAEZINSKI — 1927, — COLBY W — 1926, — M. CIUCĂ, MANOLIU, ALEXE şi AGAPI — 1928, — TOYADA T., MORIWAKI J., FUTAKY SASNOV şi OKAMOTO M. — 1930. Aproximativ toţi au obţinut negativarea reacţiei Dick după vaccinarea cam în „20%" din cazuri şi mortalitatea scăzută la 0,4% la vaccinaţii faţă de 1,09% la nevaccinaţi.

Metodele de vaccinare antiscarlatinoasă, cu microbi omorîţi, cu toxina Dick sau cu un amestec de toxină cu microbi omorîţi, au fost abandonate în ultimii ani, pe de o parte pentru motivul reacţiilor locale şi generale accentuate, pe de altă parte, pentru motivul că rezultatele nu au fost satisfăcătoare.

C. Vaccinarea antiscarlatinoasă cu anatoxină Dick, a început cam din anul 1927, când cei dintâi SPARROW şi CLAREK au preparat anatoxina scarlatinoasă, după technica Ramon, — cu 20.000 unităţi cutanate pe cmc.

Incercările autorilor menţionaţi, sunt controlate şi continuate în alte ţări de către DEBRÈ şi RAMON 1929, FUTAKY Y., MERSOL, LEWRINOWICZ 1929, RADOYÉ T., ISABOLINSKI, TOYADA 1930, SAITO 1931.

Sunt încă sceptici în această privinţă, autori ca ZLATOGOROFF şi GUENTHER.

La noi în ţară, printre primii care s'au ocupat de vaccinarea antiscartinoasă cu antoxina Dick, putem cita pe:

D-r A. OLARU în 1931 tratează chestiunea în teza inaugurală, dând primele rezultate mai mult decât satisfăcătoare.

D-r V. ALBESCU în 1934 dă rezultate comparative între vaccinări antiscarlatinoase cu toxina Dick şi vaccinări cu anatoxină şi ajunge la concluzia netă că vaccinarea cu anatoxină este mult mai eficace, atât ca inocuitate cât şi ca valoare imunizantă.

In 1935, Doctorul HORTOPAN şi D-na D-r CIULIN dau rezultatele vaccinării antiscarlatinoase efectuate în sectorul 2 albastru din Bucureşti.

Lasând la o parte rezultatele date de diverşi autori şi pentru a nu îngreuna expunerea, ne vom limita a reda concluziunile ce am obţinut, după observaţiile personale.

Conduita noastră a fost următoarea: mai întâiu am căutat să vedem care din copiii dela grădiniţe şi din şcolile primare din sectorul de galben sunt sau nu receptivi la scarlatină, efectuând în acest scop Reacţia Dick, care pentru noi are valoare specifică. Toţi copiii şi elevii găsiţi cu Reacţia Dick pozitivă au fost vaccinaţi cu anatoxină, făcându-li-se subcutan 4 inoculări succesive de 0,50cmc., 0,75 cmc., 1 cmc. şi 1,50 cmc. cu intervale de trei săptămâni între prima şi a doua vaccinare, şi două săptămâni interval între celelalte vaccinări.

Am procedat în intervalul de 4—6 luni după ultima vaccinare, la facerea controlului cu Reacţia Dick, spre a vedea acum, care este proporţia reacţiunilor Dick negativ, sau mai bine zis, câţi dintre copiii şi elevii care au avut înainte Dick pozitiv, sunt Dick negativ după vaccinare.

Pentru îndeplinirea acestui plan de lucru, am întrebuinţat toxina Dick, preparată de institutul Prof. Cantacuzino cu tulpină de streptococ Hemolitic, recoltată din gâtul scarlatinoşilor din Bucureşti, Serv. Boli Contagioase, Copii.

Prepararea, titrarea şi diluarea toxinei în apă fiziologică, a fost făcută de D-l D-r V. Albescu, având titlul de 30.000 unităţi cutanate — Skin test doses — pe cmc. Toxina a fost formolată cu formol de comerţ 4% pentru a-şi pierde din toxitatea iniţială şi apoi a fost ţinută la termostat timp de 4 zile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceiaşi toxină inactivată la 100°, timp de 3 ore, ne-a servit drept martori.

S'a întrebuinţat totdeauna toxina proaspătă, diluată chiar în dimineaţa zilei de lucru, spre a ne pune la adăpostul greşelelor de acţiune şi apoi de interpretare a rezultatelor.

Am avut la cele 20 de şcoli primare şi 15 grădiniţe un total de 7020 copii, între 5—14 ani; nu am putut face Reacţia Dick decât numai la un număr de 6043 copii, restul refuzând vaccinarea. Din aceştia, am găsit: Dick negativ la 3319 adică în proporţie de 55%; Dick pozitiv la 2047, adică în proporţie de 33%; pseudo-reacţii Dick la 678, adică în proporţie de 12%.

Pentru a evidenţia rezultatele, nu ne vom ocupa decât de cei 2047 copii, cari au avut Reacţia Dick pozitivă şi cari au fost vaccinaţi complect. (In o altă lucrare de ansamblu vom arăta rezultatele vaccinărilor la toţi cei 7020 copii).

Ce au devenit aceşti vaccinaţi după 4—6 luni când am procedat la controlul lor cu Reacţia Dick? Din 2047 copii, nu am mai găsit Dick pozitiv decât la 764. Deci, s'au negativat 1367, ceea ce înseamnă că s'ar fi produs o imunizare activă în 67% din cazuri.

Mai trebuie de remarcat şi faptul că, chiar la cei 764 de copii rămaşi cu Dick pozitiv, reacţiunile locale şi generale au fost incomparabil mai reduse faţă de reacţiunile produse la controlul de depistare a receptivităţii la scarlatină.

Timp de un an de zile dela data ultimei vaccinări am urmărit copiii şi am constatat că au apărut 31 cazuri de scarlatină, la cei ce au fost vaccinaţi complect.

Din aceste 31 de cazuri, controlul din fişa corespunzătoare fiecăruia arată că 26 copii au avut şi după vaccinare Reacţia Dick pozitivă sau intens pozitivă, şi numai 5 din cazuri au avut reacţia Dick negativă după vaccinare.

Dintre vaccinaţii rămaşi cu Dick pozitiv am avut 2 cazuri de scarlatină, urmărite în serviciul D-lui D-r Stroe, care şi după scarlatină au rămas cu reacţia Dick pozitivă.

Un alt fapt de remarcat este că toate aceste cazuri de scarlatină survenite după vaccinare, au fost cazuri uşoare, şi unele chiar extrem de uşoare.

O lucrare a D-lui Stroe în colaborare cu D-ra D-r Schwartz care e în curs de publicare, arată următoarele:

a) In 776 cazuri de scarlatină la nevaccinaţi, 666 fac formă benignă, adică 84%, iar 110 cazuri au formă maligně, adică 16%. Din totalul cazurilor fac complicaţii 295, adică 36,80% şi 59 mor, adică mortalitatea fiind de 7,72%.

b) In 229 de cazuri de scarlatină la vaccinaţi, 221 fac formă benignă, adică 96,4%, iar 8 cazuri fac formă maligně, adică 3,6%. Din totalul cazurilor fac complicaţii 49, adică 21% şi moare un singur bolnav, mortalitatea fiind deci de 0,44%.

Am urmărit pe vaccinaţi şi în al 2-lea an şi am constatat că au apărut încă 11 cazuri de scarlatină, în intervalul celui de al 2-lea an dela ultima vaccinare. Şase din aceşti bolnavi au fost izolaţi la domiciliu, iar restul au fost internaţi în Serviciul de Boli Contagioase Copii. Toţi au făcut forme uşoare de scarlatină şi s'au vindecat fără complicaţii.

Din ansamblul lucrărilor făcute în străinătate, în ţară la noi, cât şi din experienţa personală, putem spune că, astăzi posedăm ca mijloc de profilaxie contra scarlatinei **imunizarea activă cu anatoxină** şi care imunizare este superioară tuturor încercărilor de până acum pentru mai multe motive:

a) In primul rând titrarea şi concentrarea anatoxinei face să se poată introduce subcutan o cantitate mai mare de unităţi imunizate.

b) Reacţiunile generale şi locale sunt reduse la minimum în comparaţie cu reacţiile ce se observau la vaccinaţii cu microbi omorâţi, la vaccinaţi cu toxină de streptococi sau la vaccinaţii cu amestec de microbi şi toxină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noi am observat că numai un număr restrâns din cei 2047 copii au avut febră între 37° şi 38°, uşoară cefalee sau dureri articulare. O altă parte dintre vaccinaţi au avut, greţuri, agitaţii în prima noapte, sau frisoane, iar la câteva cazuri am observat un eritem uşor, generalizat.

Mai numeroase au fost însă cazurile în care s'a observat reacţiuni locale ca: hiperemie, dând placarde de 8—10 cm., uşor edem cu durere locală şi induraţie la nivelul inoculării, fenomene pe care copiii, în general cei mai mici, le-au suportat cu multă uşurinţă.

c) Dacă ne referim la efectul imunizat al vaccinării cu anatoxină, ţinând seama de reacţia de control care ne-a arătat că se negativează în 67% din cazuri, putem spune că eficacitatea vaccinării cu anatoxină şi-a făcut dovada. Lucrarea D-lui D-r Stroe asupra scarlatinei la vaccinaţi, este în sprijinul părerii noastre.

d) Ţinând seamă şi de faptul că din cele 31 cazuri de scarlatină apărute în cursul primului an de la vaccinare, la 26 din cazuri Reacţia Dick a rămas pozitivă după vaccinare, iar la restul de 5 cazuri Reacţia Dick a fost negativă şi la care a apărut scarlatina, putem spune că cei 26 copiii nu au fost imunizaţi cu cantitatea de anatoxină introdusă, nefiind suficiente unităţi imunizante.

Cele 5 cazuri de scarlatină au fost forme uşoare, — îngrijite fie acasă sau la spital —, s'au vindecat fără complicaţii, afară de un singur caz.

Mortalitatea generală în epidemia din 1931 a fost de 15—16%,

în epidemia din 1935 această proporţie la vaccinaţi s'a redus la 0,44%, deci comparativ, rezultat mai mult de cât satisfăcător.

In concordanţă cu concluziile autorilor anteriori, suntem de părere că durata imunizării active cu anatoxină este de unu până la doi ani.

Care va fi viitorul vaccinării? Personal credem că vaccinarea antiscarlatinoasă cu anatoxină va da rezultate bune, dacă se va întrebuinţa o anatoxină mai concentrată în unităţi imunizante şi dacă această vaccinare se va administra elevilor înainte de începerea anului şcolar, astfel ca, în momentul începerii şcolii, copiii să fie deja vaccinaţi, — pentru ca factorul de contagiune să fie eliminat.

In concluzie, nu trebuie să se renunţe la vaccinare, ci din potrivă, să se extindă, să se facă cât mai regulat şi chiar să se legifereze.

Doc. D-r I. BAZGAN: *La valeur de la vaccination antiscarlatineuse.*

L'auteur pendant l'année 1934 a vacciné contre la scarlatine avec l'anatoxine 2047 cas d'enfants, lesquels antérieurement ont eu la réaction DICK positive Après 4 vaccinations succéssives (à l'interval de 3—2 et 2—2 semaines) et dans un délai de 4—6 semaines, la réaction Dick devient négative dans 67% de cas. Le reste de cas on a eu une réaction Dick légèrement positive.

Après la dernière vaccination et pendant l'année ont attrapé une forme légère de scarlatine 31 enfants, — entre lesquels 26 de ceux qui ont eu la réaction Dick positive et seulement 5 de ceux qui ont eu la récaction Dick négative.

Pendant la deuxième année, 11 enfants attrapent encore la scarlatine, de ceux qui ont eu la réaction positive.

La vaccination avec l'anatoxine scarlatineuse a prouvé son efficacité et doit être administrée surtout spécialement pendant les épidémies et avant l'ouverture des écoles.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Doc. D-r I. BAZGAN: *Wert der praeventiven Scharlachimpfung.*

Bei der vom Verfasser im J. 1934 durchgeführten prophyl. Imfung mit Scharlachanatoxin ergaben 2047 Kinder, die vorher Impfung positiven Dick hattenfolgendes: Alle, vorschriftsmässig 4 Mal geimpft, zeigten nach 4—6 Monaten ihren Dick negativ in 67% der Fälle, beim Rest erschien die Dickprobe in leichter Form. Von den vollständig geimpften erkrankten an Scharlach im Laufe des Jahres, welches der letzten Impfung folgte, nur 31 Kinder. Von diesen wieder waren 26, die trotz Impfung ihren positiven Dick beibehalten hatten. Nur 5 von ihnen wiesen post-vaccinationem ungeäederten negativen Dick auf, 2 dieser Dickresistenten. blieben sogar nach dem Scharlach weiter Dickpositiv. Im 2-ten Jahre nach der letzten Impfung gab es nur II geimpfte Scharlachfälle, alle leichten Grades und komplikationlos. Dies Alles und die geringe allgemeine und lokale Reaktion, welche die Anatoxinimpfung verursacht, so wie die geringe Mortalitätsziffer der Geimpften in dem Iahre 1935 sprechen für eine allgemeine und ausgedehntere Anwendung der preventiven Scharlach Anatoxinimpfung.

SIMPTOMUL AGRANULOCITAR: AGRANULOCITOZA ŞI MALADIA LUI WERNER-SCHULTZ*)

de

D-r ŞERBAN BRĂTIANU

Medic Primar al Eforiei Spitalelor Civile

Docent Universitar

Agranulocitoza ca entitate idiopatică nu există; — în realitate este vorba de un syndrom agranulocitar secundar care vine în urma diferitelor intoxicaţiuni sau infecţiuni şi pare a fi condiţionat de o predispoziţie naturală sau dobândită a aparatului hemato-poetic.

Definiţia agranulocitozei sau a agranulopeniei e în aparenţă simplă, fiindcă însuşi termenul ne arată că e vorba de o scădere sau mai de grabă de o dispariţie a „granulocitelor", alias polinucleare neutrofile, din formula leucocitară, cu o scădere a numărului real de leucocite pe mmc. adică o leucopenie, variind între 2000 până la 100 elemente albe pe mmc; se ştie că, sângele human adult normal are o formulă morfologică mai mult sau mai puţin fixă, în care predomină polinuclearul (granulocitul) neutrofil, cu 60—65% la un număr de leucocite de 6000—8000 pe mmc. In agranulocitoză, pe un frotiu de sânge, vom căuta mult pentru a putea întâlni 30—50 elemente albe, din care majoritatea, vor fi limfocite; (limfocitoză relativă); această agranulocitoză e reală fiindcă proba de mobilizare cu adrenalină ne dă o creştere a numărului leucocitelor pe mmc., dar fără apariţia de granulocite.

Agranulocitoza e deci o stare opusă stărilor leucemice, care sunt turburări prin exces, ea fiind dimpotrivă expresia unei deficienţe funcţionale a măduvei osoase.

Iată un **tablou clinic** al unui caz de agranulocitoză: un bărbat mai rar, o femeie în genere, prezintă brusc o stare gravă, cu oboseală, frisson, temperatură mare, hipotensiune, hemoragii diverse, fenomene însoţite de cele mai multe ori de o angină simplă sau ulcero-membranoasă gravă, sau de leziuni ulcerative localizate pe alte mucoase (vagin, uter); aspectul e deci al unei stări toxi-infecţioase grave. Ea poate fi o manifestaţie primă sau poate fi o recidivă. Hemoculturile sunt pozitive pentru diverşii microbi sau negative.

[illegible] şi formula leucocitară ne dau [illegible] cheia acestei

*) Expunere făcută în seara zilei de 16 Apr. 1937, în Amfiteatrul spitalului Colţea în cadrul „Ciclului de coloquii al Asoc. Docenţilor" pe anul 1937.

stări grave: leucocitele sunt scăzute sub 2000 pe mmc. atingând uneori cifra de 100—200 pe mmc., granulocitele dispărând din formula sângelui sau ajungând la 1—3 la %; formula e net inversată spre o limfomonocitoză (limfocite 80—90%): avem de aface cu o **„agranulocitoză"** confirmată.

S'a încercat confirmarea acestui diagnostic de „agranulocitoză absolută" sanguină prin cercetarea agranulocitozei medulare, prin punctia măduvei în regiunea sternală; metoda aceasta n'are nici o valoare ştiut fiind că în acelaş os lung avem, la adult, zone de activitate hematoformatoare care alternează cu zone în repaos.

Un fapt important de ştiut e că fenomenele clinice sunt premergătoare celor hematologice.

In afară de modificările morfologice sanguine pomenite, sângele poate fi morfologic modificat şi în ceea ce priveşte elementele roşii (anemie), trombocitele (trombopenii) şi prezenţa de elemente atipice.

Ce găsim în antecedentele imediat sau îndepărtate ale bolnavului? Avem trei grupe de fapte, separate sau asociate:

diferite infecţiuni, intoxicaţiuni, sau, mai rar, factori necunoscuţi,

găsim agranulocitoză în gripă, reumatism acut, infecţii dentare, endocardite lente, pneumococii, streptococii, colibacilemii, septicemii cu piocianic, cu streptococul viridans, difterie, febră tifoidă, limfogranulomatoză, heredo-sifilis; alături de aceste cauze, deşi nu e o infecţie, trebue să alăturăm vaccinaţia antitifică.

Intoxicaţiunile agranulocitogene, de natură chimică au o trăsătură comună: toţi factorii chimici prezintă în constituţia lor, unul sau mai multe grupe benzolice: neosalvarsanul, arsenobenzolii, bismutul, piramidonul, dinitrofenolul american şi dinitraul al curelor de slăbire, sările de aur (alocrizina, crisalbina), fenacetina, benzolul, thorium pot provoca agranulocitoze, la anumite persoane, şi în anumite cazuri.

Aceşti agenţi sunt de sigur factorii provocanţi ai agranulocitozei fiindcă unele fapte clinice sunt adevărate experienţe de laborator, cum e de pildă cazul lui **von Bayer**: de câte ori lua piramidon, bolnava sa prezenta crize de agranulocitoză cu tipicele fenomene clinice şi hematologice.

In fine, avem **agranulocitoze idiopatice**, în care nu putem incrimina un agent din grupele de mai sus; ele devin din ce în ce mai rari cu cât se cunosc mai bine agenţii toxici sau infecţioşi agranulocitogeni şi cu cât se face legătura genetică între ei şi agranulocitoză. Cred că sugestia lui Virgil Anghelescu că afecţiuni latente clinic nediagnosticabile (tuberculoze latente), n'ar fi streine de problema agranulocitozei, îmi pare justă.

Aci e interesant de amintit că primul caz de agranulocitoză criptogenetică idiopatică descrisă de Schultz (1922) are în antecedente îndepărtate şi imediate un tratament cu bismut; Schultz însă, n'a făcut legătura între agranulocitoza descrisă şi agentul probabil provocator, bismutul, identificat mai târziu ca agranulocitogen.

Deasemeni şi cazul descris de D-ra D-r Aslan, are în antecedentele imediate injecţiuni cu bivatol şi o seroterapie urmată de maladia serică. Cazul lui Virgil Anghelescu şi Lăzărescu, deşi

Ferdinand I. din Cluj • Biblioteca Universitară ROMANIA

descris ca pur, e de natură infecţioasă (pneumococie). Exemple în acest sens, abundă. Agranulocitoza idiopatică privită prin prisma criticei strânse, dispare ca entitate morbidă.

Cunoscând acum aspectul clinic şi hematologic al agranulocitozei, să căutăm s'o situăm în trecut, prezent şi viitor.

In **trecut** era rară, deşi semnalată de câteva ori de Brown, Turck (1902—1907) înaintea individualizărei ei ca **„maladie criptogenetică agranulocitară"** de către Schultz (1922), de unde şi numele de maladia lui Schultz; acesta o făcea „à tort" o entitate morbidă idiopatică, specifică sexului femenin. Care e cauza că astăzi se descriu destul de numeroase cazuri de agranulocitoză? (în America 500). Răspunsul e simplu: înmulţirea şi sistematizarea examenelor morfologice de sânge; aceste examene, cred, că ar trebui făcute, fără excepţie, în toate fenomenele morbide cu aspect grav clinic, ce se prelungesc peste 48 ore. In prima perioadă, fenomenul principal al agranulocitozei era considerat angină ulceroasă, fiind denumită de unii pentru acest motiv „angină agranulocitară".

In starea actuală, agranulocitoza e considerată fie ca o **maladie idiopatică** (Werner-Schultz), cu cauze provocatoare necunoscute, exclusivă la femei, de natură endocrină, lucru de care mă îndoesc, fie ca un **sindrom agranulocitar** de cauză precisă: infecţie, intoxicaţie, discrazie. Cercetările atente au creiat de sigur forme clinice multiple pure sau asociate cu anemii (agranulocitoze anemice), hemoragice (cu trombopenie) sau anemio-hemoragice, clasificări ce n'au valoare dacă, după cum socotesc, **leucopenia agranulocitară** e un epifenomen al acestor stări, venit cu totul „par hasard". Ca evoluţie, agranulocitoza poate fi acută, supraacută, prelungită, cu rechute.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diagnosticul diferenţial, în aparenţă uşor, e greu tocmai pe calea hematologică, trebuind a se face cu anemiile cu leucopenie, cu leucemiile acute aleucemice, cu angine ulceroase; în aceste stări găsim însă totdeauna forme tinere şi metaplastice leucocitare.

Anatomia patologică ne arată o atingere precisă a măduvei osoase care e aproape acelulară, cu zone de necroză şi alterări ale S.R.E. (reticuloză, hemofagie), şi, fapt interesant, la nivelul ulceraţiilor, nu găsim reacţia celulară de tip acut, obişnuită fenomenelor ulcerative, adică globulele albe polinucleare.

In ultimii ani, tratamentul a făcut progrese uimitoare aşa încât mortalitatea a scăzut dela 80—90% la 5 până la 25%.

In trecut, el consta din suprimarea cauzei sau în combaterea ei, când exista un tratament; azi el consistă în îmbogăţirea sângelui cu elemente, prin transfuzii masive, repetate; mai târziu au intervenit tratamentele cu scopul să activeze leucocitoza, să redeştepte şi să excite organele hemato-leucoformatoare.

Printre aceşti factori leucogenetici avem iradiaţia sternului şi oaselor cu raze X într'o anumită doză; dar, medicamentele care şi-au făcut neîndoios proba în agranulocitoză, ca agenţi leucogenetici, sunt derivaţii acidului nucleinic proveniţi din distrugerea nucleilor celulari şi în speţă, din nucleii puroiului. De remarcat că în tratamentul cu

raze X, tot acidul nucleinic activează, el fiind pus în libertate de distrugerea nucleilor celulari prin razele X.

In această grupă, avem nucleinatul de sodiu şi nucleotidul de pentoză (Nucleotide K 96), cari după ce şi-au arătat puterea leucogenetică la iepuri, la cari avem o hiperplazie cu reacţie mieloidă a aparatului hematopoetic, după administrarea acestor substanţe, (tradusă prin apariţia de forme tinere leucocitare în sângele circulant) a fost aplicat în tratamentul agranulocitozei. Iată cum se face tratamentul azi: se introduc pe cale intramusculară 10 cc. de nucleotide de pentoză 7%, de două ori pe zi. După 48 ore, se face controlul hematologic şi în caz de leucopenie persistentă, se repetă injecţiile. Ameliorarea netă se observă după 4—7 zile, vindecarea între 2—4 săptămâni.

Nucleinatul de sodiu e mai puţin indicat deoarece provoacă o leucopenie primitivă, fază critică pentru bolnavi, apoi de abia o leucogeneză.

Recidivele agranulocitozei, destul de frequente, reacţionează din nou la tratament, în timp ce radioterapia e ineficace în acest caz.

Ca tratamente adjuvante, se vor întrebuinţa tonicele cardiace, agenţi antiinfecţioşi, antianemici, etc. (extracte ficat, campollon).

Pe baza rezultatului tratamentului, prin formula leucocitară, s'a căutat să se stabilească o „agranulocitoză plastică" care reacţionează cu pronostic bun, alta plastică fără apariţie de reacţie medulară (mielocite, granulocite neutrofile), cu pronostic rău. Practic, această clasificare n'are nici o valoare deoarece forme care n'au reacţionat leucocitar imediat, s'au vindecat, în timp ce forme care reacţionau în aparenţă bine, au avut un sfârşit letal. Creşterea numărului monocitelor ar fi un semn înbucurător.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY IASI

Ne mai rămân 3 puncte de elucidat: mecanismul agranulocitozei, contribuţia Şcoalei româneşti şi în fine situarea problemei în viitor.

O întrebare ne va permite să provocăm lămurirea mecanismului agranulocitozei. Mii de oameni iau piramidon şi de ce agranulocitoza piramidonică e aşa de rară? Care poate fi cauza? Aci intervine, de sigur, ca factor de primă importanţă, „rolul terenului" factor constituţional, reprezentat printr'o scădere a capacităţii reacţionale a aparatului hematopoietic, evidenţiat însă prin factori diverşi. Faptul că în familiile agranulocitarilor avem antecedente de maladii sanguine pune şi chestiunea eredităţii nesimilare.

Câteva experienţe foarte interesante, pe iepuri, au arătat că piramidonul nu schimbă întotdeauna formula leucocitară a sângelui, dar micşorează capacitatea reacţională a măduvei care nu mai răspunde, ca în starea normală, prin lansarea în sânge a unor elemente tinere, după injecţia de acid nucleinic.

De aci, la considerarea agranulocitozei ca un şoc anafilactic, lucrul e foarte uşor şi poate fi real, cu singura condiţie, de a se găsi anticorpi specifici în serul indivizilor agranulocitici. Chestiunea e încă în studiu, făcându-se de pildă, pentru piramidon, intradermo reacţii cu ser piramidonat, dar fără rezultate concludente.

D a n i e l o p o l u, într'o frază foarte clară, spune că: terenul „est un état special qui fait que l'organisme réagit autrement qu'un

sujet normal a unei infection banale". Tot Danielopolu şi colaboratorii săi considerând latura fiziopatologică a agranulocitozii, constatară că, pe lângă fenomenele hematologice, există în factorii agranulocitogeni şi alte înrudiri comune, de pildă, benzenul şi piramidonul dau aceleaşi turburări circulatorii (hipotensiune), nervoase (convulsii), respiratorii (dispnee) şi au acelaşi antagonist, în speţă, luminalul; de sigur această analogie de acţiune patologică ale piramidonului şi benzenului e un factor important în favoarea tezei încă discutată dacă piramidonul ar fi un factor agranulocitar, deoarece prin analogie se poate spune că dacă au atâtea acţiuni nocive comune, piramidonul poate avea o identică acţiune dăunătoare şi asupra sângelui.

Cum dispar leucocitele din sângele circulant? Prin trei procese: inhibiţia medulară, care ar fi factorul principal în agranulocitozele cronice (?) prin leucoclazia periferică, mai ales în stările acute (?), unde creşterea acidului uric ar fi o dovadă de distrugere celulară, (valoarea acestei probe e relativă fiindcă acidul uric creşte în toate pirexiile); în fine, avem şi o retragere a granulocitelor în aşa zisele organe de şoc (ficat, splină), printr'un tactism necunoscut.

Problema agranulocitozei, privită în viitor, are o latură practică şi una teoretică.

Practic, să se facă totdeauna examene morfologice sanguine la bolnavii trataţi cu neo, bismut, raze X, înlăturându-se aceste tratamente ori de câte ori provoacă chiar semne mici de intoleranţă, fără legătură cu sângele; să existe un control sever al medicamentelor, obligându-se ca pe specialităţi să fie indicată formula şi un control chimic sever, deoarece unii pretind că impurităţile medicamentului ar provoca criza agranulocitară. Să se excludă medicaţiile estetice, de slăbire, şi să nu se elibereze decât cu controlul şi prescripţia medicului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din punct de vedere teoretic, viitorul va arăta de sigur că agranulocitoza poate fi pusă în formula:

Teren + Infecţie sau intoxicaţie cunoscută = simptom agranulocitar, în anumite cazuri şi la indivizi anumiţi.

In adevăr, nu văd cum s'ar putea susţine individualitatea agranulocitozei ca **maladie idiopatică** sau ca **sindrom** când majoritatea cazurilor de agranulocitoză se pot încadra în afecţiuni diverse unde însă apare un semn hematologic nespecific, leucopenia; această apare la unii indivizi a căror măduvă osoasă prezintă un biotropism faţă de microbii sau toxinele specifice ale maladii, cari evidenţiiază o stare latentă premergătoare reprezentată printr'o insuficienţă medulară latentă.

In concluzie, agranulocitoza trebue considerată ca un simptom sanguin secundar şi tardiv, în diverse maladii sau intoxicaţiuni, simptomele clinice apărând cu mult înainte şi aşa de puternice că în unele cazuri se vorbeşte de pildă, **„angine agranulocitare"**, simptomul predominant fiind ulceraţiile mucoasei bucale.

ŞERBAN BRĂTIANU: *Le symptome agranulocytaire.*

L'auteur décrit l'état actuel de l'agranuloytose en faisant la critique de certains cas publiés tendant à démontrer que l'agranuloytose idiopathique est une entité morbide artificielle, et qu'en réalité l'agranulocytose n'est qu'un symptome secondaire qui s'associe à différentes infections ou intoxications.

L'apparition de ce symptome parait être en rapport avec une prédisposition naturelle ou acquise de l'appareil hématopoëtique.

ŞERBAN BRĂTIANU: *Das Symptom der Agranulocytose.*

Der Autor spricht über die gegenwärtige Auffassung der Agranulocytose und bringt eine Kritik der bis zuzeit veröffentlichten Fällen. Er versucht zu überzeugen dass die idiopatische Agranulocytose als Wesen künstlich ist und dass sie nur als ein secundäres Symptom das sich den verschiedenen Infektionen und Vergiftungen zugesellt, zu betrachten ist.

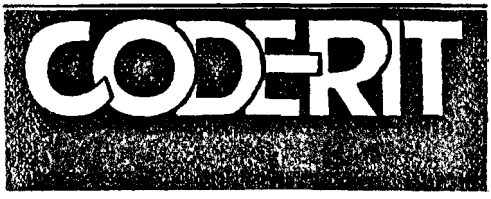
Die Erscheinung dieses Symptoms scheint in Verbindung mit einer gewissen persönlichen oder erworbenen Empfänglichkeit des blutbildenden Systems zu sein.

ŞERBAN BRĂTIANU: *Il sintono dell agranulocytosa.*

L'autore descrive il stato attuale dell'agranulocytosa, e fa una critica d'alcuni casi publicati tendente a dimostrare che l'agranulocytosa idiopatica e una entita morbide artificiale, e che in realtà l'agranulocytosa e un sintono secondario che si associà alle diversi infezioni e intossicazioni.

L'apparizione di questo sintono sembra rapportarsi a una predisposizione naturale o acquistata de l'apparechio hemato-poietico.

Combaterea tusei uscate prin



Inlăturarea promptă a iritaţiei inflamatorii a mucoasei bronchiilor. Uşurarea expectoraţiei. Calmarea centrului respirator.

Compoziţie: Clorhidrat de codeină, clorhidrat de efedrină racemică, alcaloizi totali din rădăcină de **Ipecacuana.**

In comerţ: Tuburi cu 10 tablete.

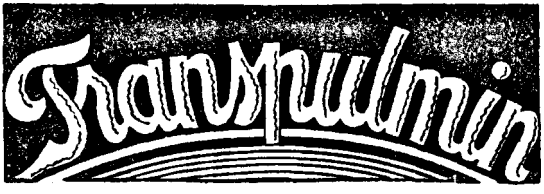
„CHINOIN" S. A. Exclusivitatea: **„SANACHIMICA" S. A. R.**
BUCUREŞTI I, Str. Sf. Constantin No. 4.

Contra afecţiunilor inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor

Chinină basică şi camfor, solvate în oleuri eterice.

Injecţiuni absolut indolore: aplicare intramusculară.

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



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

DATE NOI ASUPRA ETIOLOGIEI GRIPEI*)

de

Docent D-r D. COMBIESCU

Datele noi deduse din cercetările experimentale duc la concluzia că agentul patogen al gripei este un virus filtrant, cu acţiune nocivă pentru plămâni.

Bacilul lui Pfeiffer este un microb de asociaţie, activitatea lui fiind limitată la formele complicate ale boalei.

Printre infecţiunile pe care cercetările din ultima vreme tind să le introducă în grupul boalelor datorite virusurilor filtrabile, trebue socotită şi **gripa sau influenţa.**

Dintre epidemiile mari, cari au bântuit în decursul vremurilor, două prezintă importanţă în ceea ce priveşte etiologia gripei: epidemia de la 1889—1890 şi cea de la 1918. In timpul epidemiei de la 1889—90 a fost descris de cercetătorul german Pfeiffer un bacil hemoglobinofil, pe care l-a socotit ca agentul etiologic al gripei.

La 1918, cam în acelaşi timp, Ch. Nicolle şi Ch. Lebailly pe de o parte, Dujarrie de la Rivière pe de alta, Selter, etc., reuşesc să dea boala la om prin inoculare de filtrate de produse patologice (sânge şi secreţiuni) recoltate de la cazuri tipice, necomplicate, de gripă. In urma acestor experienţe s'a emis ipoteza că influenţa sau **gripa poate fi datorită unui virus filtrabil.**

Descoperirea importantă anunţată de Pfeiffer a fost urmată de o serie întreagă de lucrări de control pentru izolarea bacililor hemofilici. Şi într'adevăr numeroşi cercetători au confirmat afirmaţiunile lui Pfeiffer. Bacilul influenţei a fost găsit în plămâni într'un număr considerabil de autopsii, la indivizii cari au murit cu broncho-pneumonie secundară. De asemenea au fost găsiţi bacili Pfeiffer în secreţiile naso-faringiene în cazuri tipice de gripă. Kruse îl găseşte 100% la începutul boalei. Sunt găsiţi aceşti bacili în lichidul cefalorahidian la indivizii morţi de meningită ca o complicaţie a gripei, pe secţiuni în creer în cazuri asemănătoare cu encefalită, etc.

La sfârşitul epidemiei din 1889—1890 datele adunate asupra etiologiei gripei păreau că nu mai lasă nicio îndoială asupra rolului bacilului descris de Pfeiffer. Mai mult încă, câteva accidente, ca acela ale lui Kretz, care s'a infectat cu o cultură pură de bacilul influenţei şi s'a îmbolnăvit prezentând simptomele unui atac tipic de influenţă, veneau să înlăture orice urmă de bănuială.

Cercetările şi afirmaţiunile lui Pfeiffer păreau să fie confirmate

*) Din conferinţa ţinută la Asociaţia docenţilor la 19 Martie 1937, Spit. Colţea.

şi concluziunile lui au fost primite de cea mai mare parte din experimentatori. Cu timpul, în anii care au urmat după epidemie, izolarea bacilului Pfeiffer se face din ce în ce cu mai mare greutate şi mai rar. Din ce în ce se găseau mai puţini purtători printre oamenii normali. Iar înainte de războiul mondial descoperirea bacilului influenţei în căile respiratorii la adulţi nu era aşa de deasă.

„Astfel asocierea bacilului lui Pfeiffer cu cazurile tipice de influenţă complicate şi cu leziuni secundare, prezenţa lui la un număr considerabil de indivizi normali în timpul epidemiilor şi diminuarea progresivă a frecvenţei acestor descoperiri în cursul anilor care au urmat după epidemie, toate aceste observaţiuni păreau să indice clar că există o legătură etiologică între aceşti bacili şi boală".

Cu timpul s'a văzut însă că chiar în perioadele inter-epidemice bacilul lui Pfeiffer se găsea în diferite leziuni la om, uneori ca saprofit, alteori cu proprietăţi patogene, şi de multe ori în afecţiuni care nu aveau nimic comun cu influenţa.

Astfel au fost găsiţi bacili Pfeiffer în leziunile tuberculoase, în inflamaţiuni ale laringelui, faringelui, nasului, în unele forme de laringită cronică, în cazuri de conjonctivită, de meningite, în infecţiunile cronice şi acute ale veziculei biliare.

Deci după ce epidemia de influenţă din 1889—90 a dispărut complet, bacilii din grupul hemofilic s'au întâlnit ca oaspeţi comuni ai căilor respiratorii la om, câteodată jucând rolul de simplii saprofiţi, alte ori fiind asociaţi cu diferite procese patologice.

In timpul epidemiei din 1918 s'a adunat mult material de studiu şi rezultatele au fost foarte confuze. S'a aruncat îndoială asupra rolului etiologic al bacilului lui Pfeiffer în gripă şi asupra oricărui alt microorganism care a putut fi cultivat din căile respiratorii la bolnavi.

In primul rând la începutul epidemiei marea majoritate a cercetătorilor din toată lumea nu a reuşit să găsească bacilul lui Pfeiffer în gâtul, nasul sau în sputa bolnavilor.

Din toate studiile şi încercările de cultură făcute la 1918 reeşea că bacilul influenţei este sau cauza gripei sau este un agent de asociaţie aproape universal în gripă, care pătrunde în corp aproape imediat după stabilirea infecţiei originale. Una din marile dificultăţi pentru stabilirea unei concluziuni este marea frecvenţă a bacililor lui Pfeiffer ca saprofiţi şi ca agenţi secundari în rujeolă, în tusea convulsivă, etc. în afară de perioadele epidemice.

De asemenea încercările de a reproduce la om boala cu ajutorul culturilor pure de bacili Pfeiffer au fost urmate în general de insuccese.

Cercetătorii nemulţumiţi cu rezultatele căpătate cu bacilii lui Pfeiffer şi-au îndreptat atenţia spre posibilitatea ca gripa să fie produsă de un virus filtrabil.

In Octombrie 1918, Ch. Nicolle şi Ch. Lebailly inoculează secreţiuni nazale şi bucale dintr'un caz tipic de gripă, după ce le-a filtrat pe filtrul Chamberland 42, la voluntari pe cale subcutanată şi intravenoasă. Doi dintre inoculaţi au făcut o gripă tipică după o incubaţie de 6 zile. Maimuţele inoculate în acelaşi timp pe

Biblioteca Centrală Universitară Cluj

cale conjonctivală şi nazală s'au îmbolnăvit după 6 zile, cu febră, diaree şi prostraţie.

In urma acestor experienţe s'a conchis că: secreţiunile din influenţă sunt virulente; maimuţele inferioare Macacus Sinicus şi Macacus Cynomolgus sunt susceptibile la inocularea pe cale nazală şi conjonctivală; agentul patogen este filtrabil, din moment ce secreţiunile filtrate au dat boala la 2 indivizi inoculaţi pe cale subcutanată şi intravenoasă.

Experienţe asemănătoare cu acele ale lui Ch. Nicolle şi Ch. Lebailly au fost făcute de Dujarric de la Rivière. Acest autor a recoltat sânge de la 4 indivizi suferind de gripă şi după diluare l-a filtrat prin filtrul Chamberland. Apoi şi-a inoculat singur 4 cmc. din filtrat. In ziua 4-a de la inoculare a prezentat dureri de cap intense, dureri în membre, fiori şi slăbiciune. A făcut febră, 38° C. timp de 5 zile, după care şi-a revenit, rămânând însă multă vreme cu slăbiciune şi turburări cardiace.

In aceiaşi vreme în Germania, ipoteza unui virus filtrabil, agent etiologic al gripei, a găsit mulţi partizani. (Selter, Kruse, Leschke, etc.). De asemenea în Japonia (Jamanouchi, Sakakami, Iawashima, etc.).

Rezultatele pozitive obţinute de autorii Japonezi şi de ceilalţi erau criticabile prin aceea că lucraseră în mediu epidemic.

Mai puţin criticabile sunt însă experienţele lui Long şi ale colaboratorilor lui Bless şi Carpenter (1931), care au dat unui cimpanzeu o boală febrilă după inoculare de secreţiuni filtrate.

De asemenea cercetările lui Smith, Andrewes şi Laidlaw, ale lui Francis, ale lui Shope, ale lui Dochez, Mills şi Kneeland caută să probeze existenţa unui virus filtrabil, agent patogen al gripei.

In lucrarea lor, Dochez, Mills şi Kneeland reuşesc să treacă boala de la un om la altul prin inocularea directă de filtrat căpătat din spălăturile nazo faringelui bolnav. De asemenea ei încearcă să cultive virusul influenţei în culturi de ţesuturi din cazuri tipice de boală din formele inter-pandemice. Cu virusul astfel cultivat reuşesc să dea boala la om. Boala căpătată la om era asemănătoare cu un guturai serios, cu o oarecare stare generală rea şi cu febră uşoară sau fără febră.

Totalitatea acestor lucrări tinde deci să arate că virusul gripal trece prin filtrul Chamberland 42, 43 şi prin Berkefeld N.

O contribuţie importantă la studiul problemei etiologiei influenţei datorăm experimentatorilor engleji Smith, Andrewes şi Laidlaw şi cercetătorului american R. Shope. Acest din urmă autor a studiat gripa la porci. Gripa a apărut sub forma epidemică la porci în 1918, corespunzând cu pandemia de gripă care bântuia în acea vreme la om. Existenţa acestor două boli în acelaşi timp a făcut să se bănuiască posibilitatea unei înrudiri, dacă nu chiar a unei identităţi, a agentului lor etiologic.

R. Shope a reuşit să dovedească că boala la porc este produsă prin asocierea unui virus filtrabil cu un bacil hemofil (Hemophylus influenzae-suis). Acest bacil seamănă cu bacilul influenţei omului, cu bacilul lui Pfeiffer. Bacilul izolat dela porc, injectat la

acest animal, nu dă nici un fel de boală. Virusul filtrabil, căpătat dela porcii bolnavi, inoculat la un porc sănătos, pe cale nazală, dă o boală uşoară, fără complicaţii pulmonare cum se întâmplă la porcii care fac o boală naturală. Inoculând însă în acelaşi timp virusul filtrabil şi bacilul hemofilic R. Shope capătă la porci o boală asemănătoare cu aceea pe care o fac porcii în mod natural.

W. Smith, C. H. Andrewes şi P. P. Laidlaw, cu ocaziunea unei epidemii în 1933 în Anglia, au încercat să transmită boala la diferite animale de laborator. Au întrebuinţat pentru aceasta lichidul de gargară căpătat de la bolnavi în primele zile de boală.

Dintre animalele inoculate (cobai, iepuri, şoareci, şobolani, câini, etc.) numai animalul **Putorius furo** (le furet), un mamifer carnivor, asemănător cu Dihorul, s'a îmbolnăvit. Boala la acest animal evoluiază cu următoarea simptomatologie: incubaţie două zile, simptome de catar oculo-nazal, reacţie termică de tip difozic şi turburări generale variabile.

După 48 ore de la infecţiunea pe cale nazală, temperatura animalului se ridică brusc la 41° (temperatura normală la Putorius furo 38°—39°). Temperatura scade după două zile, ca în ziua a cincea să se ridice din nou. Apoi a doua sau a treia zi febra scade treptat. Putorius furo L inoculat cu virus filtrant, izolat din cazuri de influenţă la om, face deci în timpul boalei o curbă termică la fel cu curba termică a omului bolnav de gripă: **V. gripal.** Curba aceasta termică este considerată ca patognomonică pentru influenţă.

In timpul primei ridicări de temperatură, animalele sunt somnolente, refuză hrana, par obosite. Spre ziua a treia apare catarul, ochii se injectează, lăcrămează; animalele strănută, apoi scurgerea din nas repede devine muco-purulentă; se formează eroziuni pe marginile şi la unghiurile nazale; respiraţia se face pe gură. Incetul cu încetul animalul se face bine, vindecarea făcându-se în 10—15 zile. Moartea este excepţională, iar recăderile sunt rari. Sunt cazuri şi fără catar.

Dacă sacrificăm un animal între a 3-a şi a 8-a zi de boală, găsim că mucoasa nazală prezintă semne de inflamaţie acută, cu edem, hiperemie. Pe secţiune, la microscop, în mucoasă vedem dilataţie vasculară, diapedeză leucocitară. Celulele epiteliale ciliate au dispărut. Autorii n'au găsit niciodată incluziuni celulare.

Dacă animalele, pentru infectare, au fost anesteziate mai întâi cu eter, atunci găsim constant leziuni pulmonare (hepatizare parţială sau totală).

Boala trece de la un Putorius furo bolnav la altul sănătos, dacă sunt puşi în aceiaşi cuşcă.

Animalele nu se îmbolnăvesc decât dacă inocularea se face pe cale nazală sau direct în plămâni (prin arborele respirator). Injecţiile pe cale subcutanată, intradermică, intramusculară, intra-peritoneală, intravenoasă, intra-cerebrală, au dat rezultate negative.

Cu produsele patologice recoltate dela om după şase zile de boală nu se mai poate căpăta boala la acest animal. Cu filtratul din plămâni de la un caz mortal la om, autorii citaţi au dat boala la Putorius furo. Cu produse (spălături din gât şi nas) de la oameni sănătoşi n'au reuşit să capete vreo boală la acest animal. Rezultate negative au

BCU Cluj / Central University Library Cluj

căpătat cu produse asemănătoare culese dela indivizi suferind de coriză. Ar fi vorba deci de un virus deosebit de cel care dă coriza.

Produsele de la oamenii bolnavi de influenţă filtrate prin membrane cu porii de 0,6 microni dau la Putorius furo boala tipică, deşi culturile pe mediile obicinuite au rămas sterile.

Boala la Putorius furo poate fi trecută în serie.

Dupăce a trecut prin boală animalul rămâne imun aproximativ trei luni, apoi rezistenţa lui faţă de inoculările ulterioare scade.

Serul animalelor însănătoşite neutralizează emulsiuni puternice de virus.

Animalele normale n'au această proprietate în serul lor. Cu serul oamenilor bolnavi, convalescenţi de influenţă, ca şi cu serul oamenilor normali, rezultatele sunt mai puţin concludente.

Virusul din influenţa porcilor (R. Shope) dă o boală la **putorius furo**, care nu se deosebeşte de boala produsă de virusul de origine umană. Animalul care a suferit de influenţa porcilor este complet imun faţă de influenţa omului; inversul nu-i tot aşa de sigur. Această experienţă arată că cele două virusuri sunt înrudite.

Cu virusurile acestea căpătate din cazuri de influenţă la om şi la porc se pot infecta şi şoareci albi, cu o condiţie: virusurile să fie trecute de mai multe ori prin **putorius furo** şi şoarecii să fie anesteziaţi cu eter cel puţin la primele inoculări.

Boala la şoarece apare după o incubaţie de 2—4 zile, când animalul are părul sbirlit, se mişcă greu, ochii sunt închişi, n'are poftă de mâncare, stă ghemuit într'un colţ. Intervine apoi o îmbunătăţire trecătoare, apoi o înrăutăţire a stărei lor, şoarecii au o respiraţie accelerată şi mor în 3—4 zile, uneori în 14 zile.

SC. Cluj Napoca Digital Library www.bcu-cluj.ro

Vindecarea la şoareci este excepţională şi se întâmplă mai ales după inoculări de doze mici de virus.

La autopsia şoarecilor găsim leziuni pulmonare de la simplă congestie până la hepatizare. Incercările de culturi cu sucurile pulmonare au dat rezultate negative pentru microbii vizibili.

Cu produsele patologice filtrate pe membrane de colodiu sau pe filtre de porţelan se capătă la şoarece aceiaşi boală cu aceleaşi leziuni.

W. Smith, apoi Francis şi Magill au încercat să cultive virusul influenţei. In medii fără celule vii n'au observat nici un semn de creştere. Rezultate pozitive au avut în membrana chorio-alantoidă a unui ou de găină în desvoltare. In aceste culturi virusul este legat de ţesuturi; prin centrifuzarea mediilor, lichidul de deasupra nu mai este infectant.

In frotiurile din culturi nu se văd incluziuni celulare.

Cu culturile de virus s'a căpătat boala la Putorius furo şi la şoarece, aceste animale fiind după aceea imune faţă de tulpinile de influenţă umană păstrate pe şoarece sau pe Putorius furo.

Culturile de virus sunt neutralizate de serul antigripal preparat pe cal.

Toate aceste cercetări duc la concluzia că **agentul patogen al gripei este un virus filtrant, cu acţiune nocivă pentru plămâni. Bacilul lui Pfeiffer este un microb de asociaţie, activitatea lui fiind limitată la formele complicate ale boalei.**

VALOAREA EXAMENULUI CLINIC IN DIAGNOSTICUL ULCERILOR GASTRO-DUODENALE *)

de

Docent D-r C. C. DIMITRIU
Şef de lucrări al Clinicei I-a Medicale
Medic primar la Spitalul Filantropia.

Diagnosticul ulcerelor gastro-duodenale este înainte de toate un diagnostic clinic. Examenul radiologic confirmă acest diagnostic şi localizează leziunea. In nici un caz examenul radiologic nu poate infirma diagnosticul clinic de ulcer.

Citind titlul expunerei noastre, două întrebări se pot pune: a) mai este astăzi nevoe de un examen clinic minuţios, când medicina modernă posedă nenumărate metode de laborator precise? şi b) ce chestiuni noi am putea aduce în domeniul examenului clinic al ulcerelor gastroduodenale? La prima întrebare vom răspunde prin însăşi expunerea noastră, iar la cea de a doua prin cuvintele: nimic nou. Totuş am crezut interesant a ne ocupa de această chestiune, întâiu pentru faptul că examenele de laborator s'au desvoltat în ultimul timp în dauna examenului clinic şi apoi pentru că studiul întreprins de noi pe 264 cazuri de ulcere gastroduodenale în Institutul Clinico-Medical A. de sub direcţia D-lui Prof. Dr. D. DANIELOPOLU, a fost plin de învăţăminte.

In mersul mereu continuu al ştiinţei noastre medicale se simte din când în când nevoia unui popas; un popas de revizuire a metodelor noastre de investigaţie, atât a celor vechi, cari ni se par prea prăfuite de timp, cât şi a celor moderne, cari nu corespund întotdeauna entuziasmului ce l-am avut, atunci când am făcut cunoştinţa lor.

CUM SE PREZINTĂ DIN PUNCT DE VEDERE CLINIC UN ULCEROS?

Infidelitatea şi inconstanţa semnelor obiective clinice fac ca *turburările subiective* prezentate de aceşti bolnavi să fie de o importanţă covârşitoare pentru punerea diagnosticului. *Interogatoriul*

*) Expunere făcută în seara zilei de 2 Aprilie 1937, în Amfiteatrul Spitalului Colţea în cadrul «Ciclului de coloquii al Asociaţiei Docenţilor» pe anul 1937.

bolnavului, care în aceste împrejurări trebue să fie cât mai precis posibil, pentru ca din noianul de turburări dispeptice să putem distinge pe cele caracteristice ulcerului, cere un timp de multe ori prea îndelungat. Totuş, în materie de patologie digestivă, acest timp trebue găsit. Fără el zadarnic ne vom strădui la ecranul razelor X, să găsim un ulcer, pe care interogatoriul nu ni l-a indicat în mod precis.

Ce trebue să descoperim noi cu acest interogatoriu?

Cea mai importantă turburare subiectivă a unui ulceros este: *durerea.* Ea se prezintă de cele mai multe ori sub forma unei crampe, în etajul superior al abdomenului, însoţită sau nu de pirozis şi greutate epigastrică; uneori nu avem decât unul din aceste semne. Caracterul important al acestei dureri îl formează momentul apariţiei sale, adică *orariul* său. In general durerea este post-prandială şi mai mult sau mai puţin tardivă. Orariul duabundenţă şi calitate; şi aceasta se întâmplă pentru toate zilele din perioada de activitate a ulcerului. Orariul acesta ne informează mai puţin asupra localizării ulcerului. In general, o durere imediat după mese infirmă diagnosticul de ulcer duodenal, pe când o durere tarrerei este aproape fix pentru acelaş bolnav şi pentru mese de aceiaş

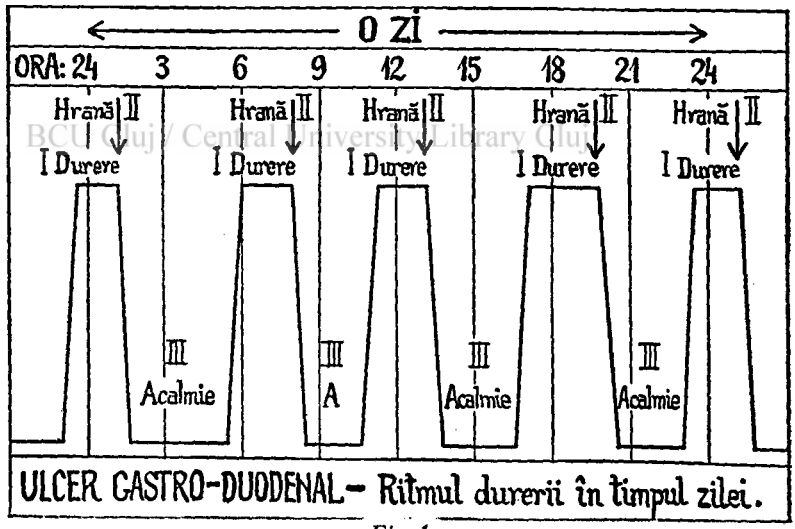


Fig. 1.

divă îl confirmă. Durata durerii deasemeni variază. De obiceiu perzistă până ce bolnavul mănâncă din nou. Acest fapt a determinat pe MOYNIHAN să susţie că în ulcer, mai ales în cel duodenal, există din punct de vedere al durerii un *ritm în trei timpi* şi anume: durere, hrană, acalmie, etc. (fig. 1). Acţiunea calmantă a alimentaţiei a fost remarcată de mult timp şi considerată ca un semn important de ulcus. Astfel CRUVEILHIER a descris-o sub numele de *„foame imperioasă"*, iar autorii mai moderni sub numele de *„foame dureroasă"*. Importanţa ei diagnostică e şi mai mare, când scoală bolnavul din somn.

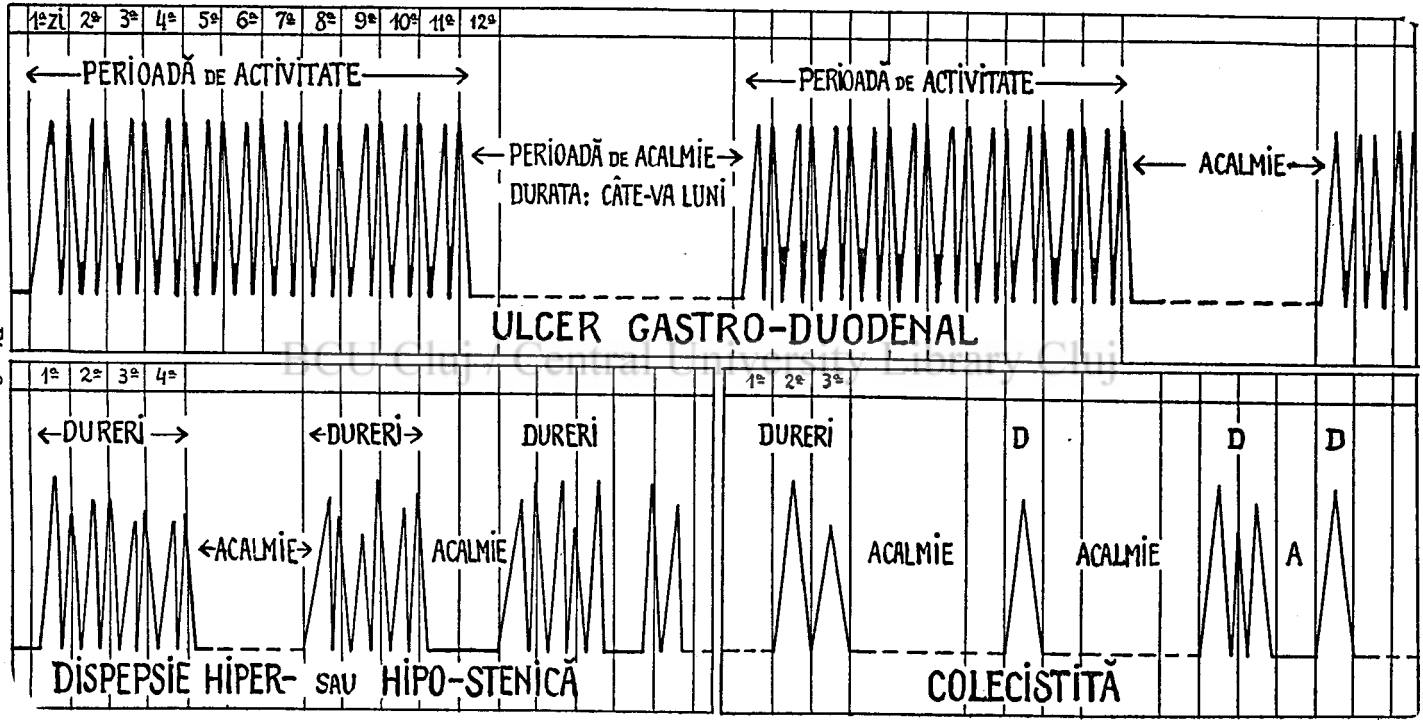


Fig. 2.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această durere epigastrică formează de fapt baza siptomatologiei subiective a ulcerului. Plasarea ei în timpul unei zile şi în timpul unui an, îi împrimă acestei dureri *două caractere:* a) *ritm în timpul zilei* şi b) *periodicitate în timpul anului.* Am văzut în ce constă ritmul durerii în cursul unei zile. Un şir de astfel de zile, cu crize dureroase, formează o perioadă, în care ulcerul îşi manifestă activitatea sa: avem o *perioadă de activitate.* Caracteristica ei fundamentală o formează faptul că bolnavul suferă în fiecare zi; *zilnic bolnavul prezintă crize dureroase;* în tot timpul cât durează această perioadă nu există nici-o zi fără durere (Fig. 2). Durata medie a unei perioade de activitate ulceroasă este de 2—6 săptămâni. Ea sfârşeşte de obiceiu brusc, aşa cum de altfel şi începe, fără cauză aparentă, şi fără chiar ca bolnavul să fi urmat vre-un tratament. După ea urmează o perioadă fără nici-o suferinţă, o *perioadă de acalmie,* de o durată uneori foarte lungă, chiar de ani. In timpul ei, bolnavul nu mai sufere de loc; se crede, din această cauză, vindecat. După trecerea perioadei de acalmie, leziunea ulceroasă redeschizându-se, urmează iar o perioadă de activitate şi aşa *mai departe. Aceste alternative de perioade cu dureri, cu perioade fără dureri* formează, am putea spune, un semn aproape patognomonic în ulcerul gastro-duodenal. Acest caracter de *periodicitate* a fost observat încă din 1887 de către BUCQUOY. Cel care a insistat mai mult asupra lui şi i-a demonstrat importanţa sa diagnostică a fost MOYNIHAN în 1924.

Aceste două caracteristice ale durerii: *ritm în timpul zilei* şi *periodicitate în timpul anului* formează — am putea spune — *cheia diagnosticului clinic al ulcerelor gastro-duodenale.* Aceste două caracteristice ale durerii trebuesc desprinse din noianul de turburări dispeptice pe care le poate prezenta un bolnav cu sindrom dureros epigastric, pentru a nu pierde din vedere diagnosticul de ulcus.

De sigur că toată această simptomatologie subiectivă este valabilă atât timp cât ulcerul nu se învecheşte, nu durează de prea mult timp. In această din urmă împrejurare el întinzându-se la straturile mai profunde ale tubului digestiv şi complicându-se, fie de o stenoză pilorică, fie de o periviscerită, simptomatologia sa se modifică. In prima eventualitate, la simptomele de mai sus se supra-adaugă simptomele unei stenoze pilorice, dând naştere unui *sindrom piloric ulceros,* ale cărui semne maschează în parte semnele caracteristice ulcerului. In cea de a doua eventualitate la simptomele de ulcus se supra-adaugă simptomele unei periviscerite, dând naştere unui *sindrom perivisceral ulceros,* mai adesea unei periduodenite ulceroase, ale cărei semne maschează în parte semnlele caracteristice ulcerului. In ambele aceste eventualităţi tot interogatoriul ne va arăta că în trecutul său, bolnavul a prezentat perioade de dureri, ritmate în timpul zilei, alternând cu perioade de acalmie şi deci ne va pune în felul acesta pe calea diagnosticului de ulcus, complicat de stenoză pilorică sau de periviscerită.

Opus acestor forme de ulcer complicat, în care durerea îşi pierde atât ritmul cât şi periodicitatea sa, avem un număr de ulcere,

SEMNELE RADIOLOGICE ÎN ULCERE

- **SEMNE DIRECTE**
  - **ULCER GASTRIC**
    - AL MICII CURBURI
      - NIȘA HAUDEK
      - Conul de atracție
      - Rigiditate rectilinie
    - AL FEȚELOR
      - NIȘA DE FAȚĂ
      - Imaginea stelată
        - pluri radiate
    - AL PILORULUI
      - NIȘA (foarte rară)
      - Turtirea pilorului
      - Asimetria pilorului
  - **ULCER DUODENAL**
    - NIȘA.
- **SEMNE INDIRECTE**
  - **ULCER GASTRIC ȘI PILORIC**
    - Diverticulul pre-ulceros
    - Incisura spasmodică în fața ulcerului
      - BILOCULARE SPASMODICĂ PERZISTENTĂ PSEUDO-STRICTURALĂ;
      - BILOCULARE SPASMODICĂ LARGĂ;
      - BILOCULARE CU VOLVULUS.
    - Bilocularea organică ulceroasă
    - Spasmul piloric
    - Retracția micii curburi; Plicatura micii curburi
    - Hipersecreție; Hiperkinezie
    - Durere localizată sub ecran.
  - **ULCER DUODENAL**
    - Imagini: în foaie de trifoi; în cruce încârligată; în cocardă.
    - Diverticul pre-ulceros
    - Descentrarea pilorului
    - Scobiturile (Encoches) marginilor bulbului
    - Vizibilitatea prelungită a bulbului
    - Spasm piloric
    - Deschiderea pilorului
    - Scurtarea bulbului
    - Durere localizată sub ecran
    - Intoleranța bulbului (evacuare accelerată)
    - Hiperkinezie gastrică
    - Hipertonie gastrică
    - Evacuare gastrică rapidă.

Fig. 3.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

din fericire nu prea multe, în care simptomul durerii este foarte slab reprezentat: bolnavul nu are decât slabe arsuri, sau foarte slabe dureri. Nu trebue să ne lăsăm niciodată influenţaţi de faptul că aceste semne sunt slabe şi să îndepărtăm diagnosticul de ulcus. Dacă examinăm mai cu atenţie bolnavul, vom vedea că aceste slabe semne se grupează periodic şi că sunt ritmate în timpul zilei. Cunoaşterea acestor caractere ne va permite să indicăm diagnosticul de ulcus. Deci *gruparea simtomelor este mult mai importantă decât însăşi intesitatea lor.* Astfel se prezintă din punct de vedere clinic un ulceros.

Trecând la examenele de laborator, cel mai important din toate este desigur *examenul radiologic.* Cum se prezintă din acest punct de vedere un ulceros ?

Nu este locul să descriem aci, în detaliu, cum trebue făcut un bun examen radiologic şi care sunt rezultatele sale. In rezumat (vezi fig. 3) vedem că prin această metodă de investigaţie putem obţine două feluri de semne: unele *indirecte,* cari ne permit a bănui un ulcer şi altele *directe,* cari ne permit a afirma diagnosticul de ulcer. Dintre cele directe, numai *nişa* are o valoare absolută; celelalte semne directe rămân subordonate examenului clinic.

Superioritatea examenului radiografic faţă de examenul radioscopic este indiscutabilă. Totuş, înarmaţi cu un bun post radiologic, cu un radiolog bine pregătit şi cu un material radiologic din abundenţă, un număr destul de important de ulcere nu pot fi diagnosticate cu această metodă. Procentul lor variază dela 0/0—50%. Dar când nu suntem în aceste condiţiuni de lucru, la cât se ridică acest procent? El trece cu mult cifra de 50%. Şi de fapt, aceasta este situaţia de lucru în care se găsesc majoritatea medicilor practicieni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cari sunt cauzele că într'un procent destul de ridicat din cazuri, examenul radiologic, executat în cele mai bune condiţii, nu poate confirma şi localiza ulcerul, indicat de turburările subiective ale bolnavului.

Tot astfel după cum există leziuni pulmonare indicate de ascultaţie şi pe cari radiologia nu le poate confirma, există şi leziuni ulceroase indicate de interogatoriul bolnavului şi pe care radiologia nu ni le poate arăta.

Cauza cea mai frequentă este că se caută nişa în perioada de acalmie a ulcerului, sau în primele zile după o hematemeză sau moelena, împrejurări în cari nişa este extrem de rar întâlnită, mai ales când este vorba de ulcere nu prea vechi.

Găsim deasemeni nişa cu multă dificultate în ulcerele antrului piloric şi în ulcerele vechi, complicate de stenoză pilorică şi de perivisceritică; iar în ulcerele feţei anterioare a stomacului, găsirea ei este chiar imposibilă.

Dar chiar din procentul pozitiv de cazuri, în care radiologia ne indică o nişe, trebue să scădem un număr aproximativ de 10% din cazuri, pentrucă nişele lor nu sunt decât nişe simulate; simulate fie de o gastrită, care deformând pliurile mucoasei digestive,

ne poate da o imagine de nişe, fie de faptul că duodenul trecând înapoia bulbului sau micei curburi gastrice, dă o imagine de nişe, fie de faptul că unghiul duodeno-jejunal, printr'o bulă de aer din interiorul său, poate da o imagine de nişe Haudek, — sau că se ia drept nişe o deformaţie banală a marginilor, un diverticul sau un pseudo-diverticul. De fapt, acestea sunt cazurile în cari zadarnic chirurgul caută ulcerul indicat de nişa radiologului

De celelalte *examene de laborator* ca: *cercetarea hemoragiilor oculte, studiul sucului gastric, examenul gastroscopic şi gastrofotografic, studiul motilităţii cu ajutorul radiokymografiei* şi *viscerografiei,* ne putem dispensa atunci când interogatoriul bolnavului şi examenul radiologic ne prezintă semne certe de ulcus. In caz de semne dubioase, examenul nostru va fi completat cu cercetările de mai sus, pentruca dintr'un număr mai mare de semne să se poată pune diagnosticul. Nu este locul de a insista aci asupra lor. Totuşi doresc a atrage atenţia asupra a două din aceste examene. Intâiu pentrucă au valoare în diagnosticul de ulcus şi apoi pentrucă au fost puse în evidenţă de şcoala medicală românească. Primul este studiul motilităţii stomacului cu ajutorul viscerografiei, metodă imaginată de Prof. DANIELOPOOLU, care arată în mod cert existenţa unei *hiperkinezii* şi *hipertonii gastrice* în ulcerul piloro-duodenal, — şi al doilea este studiul secreţiei gastrice cu sonda Einhorn, care ne arată în ulcerul gastro-duodenal, după cercetările întreprinse de Dr. D. SIMICI (1922), o *hipersecreţie gastrică permanentă,* ce poate atinge în unele cazuri cantitatea de 430 cmc. suc gastric în 2 ore.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acestea sunt în general concluziile la cari am ajuns, studiind cele 264 cazuri de ulcere gastrice şi duodenale. In afară de o observaţie clinică completă, s'a făcut tuturor acestor bolnavi o radioscopie gastro-intestinală, iar la 136 din ei şi radiografii în serie a regiunei interesate[1]). 59 din aceşti bolnavi au fost supuşi intervenţiei chirurgicale,[2]) permiţându-ni-se astfel un control precis al diagnosticului clinic; iar la 3 din ei s'a făcut un control prin necropsie.

Nu este locul aci să intrăm în detaliul studiului acestor cazuri, însă îmi veţi permite a cita câteva fapte, pe cari le găsim destul de interesante.

Astfel din totalul de 264 cazuri, avem 218 cazuri cu un istoric clinic cert de ulcus şi numai 144 cazuri cu semne radiologice directe şi dintre acestea numai în 51 cazuri nişe; deci pe când examenul clinic ne-a dat un rezultat de 82%, examenul radiologic numai un rezultat de 54%.

S'ar putea imputa acestor cifre faptul că nu am avut un control riguros al diagnosticului. Dacă însă cercetăm cazurile operate, unde acest control s'a putut face, vom vedea aproape acelaş rezultat. In adevăr, din cei 59 bomlnavi operaţi, avem 48 bolnavi

1) Examenele radiologice au fost făcute de D-nii D-ri *P. Stoenescu* şi *V. Tomescu.*

2) Intervenţiile au fost executate de D-nii D-ri *V. Săvescu* şi *V. Steopoe.*

cu turburări subiective certe de ulcus şi numai 30 bolnavi cu semne radiologice directe şi dintre aceştia numai în 12 cazuri nişe. Deci şi în această împrejurare, examenul clinic ne-a dat un rezultat numai de 50%. Dacă examenul radiologic ne-a dat un rezultat pozitiv într'un număr aşa de restrâns de cazuri, aceasta se datoreşte şi faptului că la 128 bolnavi s'a făcut numai un examen radioscopic, iar nu şi radiografic. In adevăr, dacă facem procentul pe numărul de cazuri, cărora li s'a făcut şi un examen radiografic — o radiografie în serie a regiunei interesată — găsim un procent de rezultate pozitive radiologice în 60% din cazuri. Când s'a făcut numai radioscopie, procentul este de 48%.

Găsim deasemeni interesant de a cita faptul că în 2 cazuri din cele 264 cazuri cercetate, diagnosticul de ulcus a fost descoperit de radiografie şi că într'un singur caz a fost pus numai graţie chirurgiei, clinica şi radiologia fiind negative.

In baza studiului întreprins de noi, ne credem îndreptăţiţi a trage următoarele concluzii:

a) *diagnosticul ulcerelor gastro-duodenale* este înainte de toate un *diagnostic clinic;*

b) dintre toate simptomele clinice — atât obiective cât şi subiective — cele cari au o valoare mare sunt cele subiective şi deci trebue să se dea cea mai mare atenţie *interogatoriului bolnavului;* şi în fine:

c) celelalte examene de laborator, în fruntea cărora stă fără discuţie examenul radiologic, sunt metode ajutătoare, cari nu pot avea decât puterea de a *confirma* diagnosticul clinic, iar nici de cum de a-l *infirma.*

En étudiant 264 malades avec des ulceres gastriques et duodènaux l'auteur arrive à la conclusion que l'examen clinique est le plus important.

L'interogatoire du malade qui met en évidence les caractères de la douleur — le rithme pendant la journée et la periodicité au cours de l'année, doit être fait avec beaucoup de patience et avec une grande précision. L'examen radiologique est le plus important de tous les autres examens de laboratoire. Il réclame une bonne instalation radiologique, un radiologue bien préparé et un abondant materiél radiologique L'examen radiografique est indiscutablement supérieur à celui radioscopique. De tous les signes radiologiques seulement les signes directs ont une valeur. Seul le signe de la niche a une valeur absolu. Tous les autres signes radiologiques directs sont subordonnés à l'examen clinique.

Das Studium von 264 Fällen von Magen — und Zwölffingerdarmgeschwüre erlaubt Verf. den Schluss zu ziehen, dass von allen Untersuchungsmethoden, die wichtigste die klinische Untersuchung ist. Die Anamnese des Patienten, die die Hauptcharakteristika der Ulcusschmerzen — Tagesrythmus und Jahresperiodizität-feststellen soll, muss mit grösster Genauigkeit und Geduld aufgenommen werden. Die wichtigste Laboratoriumkontrolle ist die Röntgenuntersuchung. Sie erfordert aber gute technische Einrichtung, radiologische Fachkenntnis und genügend Filmmaterial Die Uberlegenheit des Röntgenbildes gegenüber der Durchleuchtung ist unbestreitbar. Nur die sog. direkten röntgenologischen Zeichen sind zu verwerten. Als absolut sicheres röntgenologisches Symptom ist die Nische zu betrachten. Die übrigen röntgenologischen Befunde sind nur im Rahmen der allgemeinen klinischen Befunde zu verwerten.

Studiando 264 malati di ulcera gastrica e duodenale, l'autore conclude che fra tutti gli esami il piu importante é l'esame clinico.

L'interrogatorio del malato, il quale mette in evidenza le caratteristiche dei dolori dell ulcerato, il ritmo durante il giorno e la periodicita nel corso del anno, vanno fatte con pazienza e grande precisione.

Fra tutti gli altri esami di laboratorio il piu importante é l'esame radiologico.

Questo richiede una buoua instalazione radiologica, un radiologo esperimentato é abbondante materiale radiologico.

La superiorita dell'esame radiografico riguardo all'esame radioscopico é indiscutibili. Fra i segni dati dal'esame radiologico soltanto quelli diretti hanno valore.

Il segno che ha valore assoluto é la nicchia. Gli altri segni radiologici diretti, rimangono subordinati all'esame clinico.

Inhepton per os Merck

(= Optonicum)

pentru hematopoeză şi favorizarea vindecării

BCU Cluj / Central University Library Cluj

foarte activ mai ales graţie conţinutului său foarte concentrat în extract de ficat, fier şi cupru.

Flacon original cu aprox. 180 gr.

E. MERCK-DARMSTADT

Reprezentant: Dr. J. BINDER, Bucureşti Str. Luigi Cazzavillan Nr. 34.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL ACTUAL IN ULCERILE GASTRO-DUODENALE *)

de

Docent D-r VICTOR DIMITRIU

Chirurg primar Brăila.

Chestiunea ulcerului gastro-duodenal va trebui să fie revizuită de multe ori.

Am avut onoarea să fiu însărcinat de D. V. cu desvoltarea acestui subiect asupra stărei actuale a chirurgiei gastrice în ulcere. Subiectul ales se justifică prin un fapt alarmant şi anume, în ultimii ani se publică tot mai des cazuri de ulcere peptice post operatorii, cazuri multiple de anemii şi de alte complicaţiuni postoperatorii. Aceste fapte sunt de natură să micşoreze încrederea — şi aşa destul de relativă — în această chirurgie. Vom vedea că această chestiune nu este chiar aşa de gravă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sarcina mea este destul de uşoară, pentrucă chestiunea chirurgiei ulcerului a fost larg desbătută în congresele de chirurgie germane, franceze şi la noi la congresul din 1933, în care au fost prezentate rapoartele prea instructive ale Maestrului meu Iacobovici şi Agregat Traian Nasta. Toate aceste congrese au marcat net superioritatea gastrectomiei asupra gastro-enteroanastomozei sau altor procedee, în special în ce priveşte rezultatul tardiv. Asemeni, se constată diminuarea mortalităţei operatorii şi în raport cu perfecţiunile tehnice, dar mai ales cu educaţia şi experienţa chirurgului.

Literatura ulterioară acestor congrese, se caracterizează prin articole cari confirmă punctele câştigate, cari lărgesc tot mai mult cadrul rezecţiei, dar cari precizează mai net şi contra indicaţiile.

Se poate spune că azi toată lumea e rezecţionistă, în afară de America-de-Nord, unde se practică excizii de ulcer à la Balfour cu gastro-enterostomie, piloroplastii şi mai ales rezecţii parţiale de pilor à la Iudd şi alte operaţiuni parcimonioase.

Prin operaţiuni parcimonioase, se caută să se obţie o stagnare de cât mai scurtă durată a alimentelor în regiunea antrală; ori antrul în contact cu alimentele secretă o substanţă, excitantă pentru secreţia acido-peptică a fundusului stomacal. Secreţia antrală fiind mică, se-

*) Coloquiu ţinut la Asoc. Docenţilor la 2 Aprilie 1937.

creţia fundusului va diminua. Cu timpul se ajunge la o atrofie a mucoasei gastrice, cu ipoclorhidrie şi în această fază, pacientul se poate considera vindecat. Dar nu totdeauna se obţine acest rezultat, pentrucă gurile anastomotice sau piloroplastia nu funcţionează totdeauna cum am dori-o. Sunt guri insuficiente, sunt scurgeri mecanice încetinite prin aderenţe, ce dau poziţii defavorabile ansei eferente, sunt spasme jejunale cari fac ca alimentele să stagneze la nivelul antrului.

Antrul nu secretă substanţe acido-peptice (Pavlov), ci această secreţie e rezervată fundusului (Edkins, Leriche). Totuşi, antrul secretă o substanţă, atunci când e în contact cu alimentele. Această substanţă injectată, provoacă ipersecreţia fundusului (Merklen, Israel şi Frölich). Atunci numai suprimarea totală a antrului, ne pune în siguranţă contra acestui excitant.

Dar suprimarea antrală nu ajunge. Experienţa chirurgicală a demonstrat că excluderea antrului din traseul digestiv, adică separarea antrului de stomac şi lăsarea lui pe loc, este cea mai rea dintre operaţiuni, căci antrul lăsat pe loc, provoacă o şi mai mare ipersecreţie acido-peptică. Dar nici antrul rezecat, nu e suficient. Stomacul ulcerosului, dilatat, cu o mucoasă hyperplaziată, inflamată, prea uşor excitabil, secretă încă o mare cantitate de substanţă acido-peptică. Dealtfel celulele antrale, nu se mărginesc numai la antrul anatomic, ci se întind destul de sus pe mica curbură.

Deci cea mai mare şansă contra ipersecreţiei o avem numai în rezecţia largă a stomacului, rezecţii de $^2/_3$ de $^3/_4$ după volumul stomacului. Din acest punct de vedere, rezecţia este o operaţiune logică şi practica o confirmă.

Cluj / Central University Library Cluj

Totuşi americanii caută să combată operaţiunea pe temă fiziologică. Astfel Watson, experimental nu obţine diminuarea aciditătei, decât după rezecţii de $^4/_5$ din fundusul stomacal la câini. Or cum la om nu se fac rezecţii aşa de întinse, operaţiunea ar fi inutilă. Numai cât Watson în operaţiunile sale lasă antrul piloric pe loc, lasă tocmai excitantul secreţiunei acide, deci concluziunile sunt eronate. Dealtfel rezultatele la om, sunt mai convingătoare, decât experienţele de laborator.

Ocsner, Gage şi Hossoi, în iperacidităţi, sunt pentru piloro-plastii, recomandând rezecţia numai în ulcere caloase cu ameninţare de cancerizare. Dar nu ne spune cum putem constata această ameninţare de cancerizare.

Rezecţioniştii se împart actualmente în 2 categorii: rezecţionişti în ulcerul atât duodenal cât şi cel gastric şi rezecţionişti numai în ulcerul gastric, rezervând ulcerului duodenal o simplă gastro-entero-anastomoză. Cert, ar fi o conduită logică, dacă ulcerul duodenal ar fi independent de o gastrită hyperacidă. In orice caz, trebue să recunoaştem că ulcerul duodenal e de multe ori bine influenţat după simpla gastroenterostomie, pe când ulcerul gastric aproape totdeauna rămâne activ şi prea des ameninţând cu transformare malignă.

Sunt cazuri în care ulcerul duodenal sau piloro-duodenal e aşa de aderent de pancreas, că operaţiunea devine prea riscantă. In asemenea cazuri se practică operaţiunea zisă a lui Finsterer, adică gastrec-

tomia cu o cât mai complectă antrectomie, lăsând pe loc porţiunea prea aderentă cu ulcer cu tot. E ceeace autorul a numit o rezecţie de excludere. Ca operaţiunea să fie cât mai eficace, e bine să distrugem cât mai mult din mucoasa pilorică şi duodenală, să facem ceeace se chiamă mucoclasa lui Jacobovici. Unii practică această mucoclază cu bisturiul electric. Eu am delăsat de un timp bisturiul electric în mucoclază şi scot mucoasa cu foarfecul. Nu că e mai comod, dar bisturiul electric e cam orb, poate perfora duodenul şi am şi impresia că sudura e mai slabă pe ţesutul ars.

In realitate, toată discuţia între rezecţie şi operaţiuni parcimonioase, are ca substrat, mortalitatea operatorie. Şi ca să putem progresa, trebue să mărturisim că rezecţia este o operaţiune mult mai serioasă, mai gravă decât operaţiunile parcimonioase, cu o mortalitate mult mai ridicată. Rezecţia cere chirurg antrenat şi buni cunoscători ai maladiilor gastrice.

Mortalitatea este mai mică în chirurgia parcimonioasă pentrucă se pot păstra mai uşor regulile de asepsie. In rezecţii, mortalitatea creşte prin complicaţiuni pulmonare şi peritonite.

Complicaţiunile pulmonare, s'a observat că sunt mai rare la cei cu anestezie splacnică sau locală, coborând dela 12% la 4% (Raspall). Tendinţa la noi în ţară, este şi în această chirurgie, la rahianestezie (Iacobovici, Nasta). Personal, la rahianestezie fac şi infiltrarea epiplonului la nivelul coronarei şi a plexului coeliac cu Percaină 1/1000, căutând să întrerup influenţa nocivă a splacnicilor asupra mucoasei bronhice şi am impresia că rezultatele sunt egale în ce priveşte complicaţiunile pulmonare, cu anestezia splacnică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Majoritatea autorilor, având o fobie deosebită pentru cuvântul peritonită, nu o recunosc ca o cauză frecventă a morţei; o recunosc însă indirect.

Prin peritonită nu se înţelege numai marele sindrom al peritonitei acute generalizată, ci sunt şi mici peritonite localizate, în care se găseşte doar o mică cantitate de magmă infectată, cu aspect local destul de benign, dar care a dus la degenerarea unui ficat deficitar. Ceeace numim noi degenerescenţă grasă a ficatului nu e altceva decât o mică peritonită, a cărei consecinţă a fost degenerarea ficatului.

Deaceea, pentru micşorarea procentului de mortalitate după rezecţie, vedem autori scăzând etatea compatibilă cu rezecţia, la sub 60 ani, alţii la sub 50 ani, adică epoca ficatului sănătos.

Incompatibilităţi cu rezecţia, mai des recunoscute sunt: obezitatea, vârsta înaintată, urea ridicată, se poate adăuga starea de emaciere, aşa cum frecvent o întâlnim la noi în ţară, stomacuri prea dilatate, grav infectate, şi oridecâte ori la operaţiune găsim un ficat cu marginea galbenă şi capsula Glicson creaţă şi gălbue; la vechii ulceroşi, prea des găsim acest ficat bolnav.

Cum nici un chirurg nu consideră perfectă chirurgia gastrică, nici unul nu este contra tratamentului medical în aceste afecţiuni. Dar toţi chirurgii doresc să nu se stăruiască în tratament medical decât atunci când rezultatul e bine vizibil, altfel numărul cazurilor ajunse în stare de incompatibilitate cu rezecţia şi chiar cu chirurgia gastrică, se înmulţesc prea mult.

Cu oarecare exces de prudenţă, se poate ajunge şi în rezecţii la mortalitate nulă. Astfel avem statistica lui Jean Duval de 105 gastrectomii pentru ulcer, fără mortalitate, Konjetzny 106 cazuri.

Mortalitatea în rezecţii, în orice caz, a scăzut dela 12% la un procent în jurul lui 4%.

Dar nici operaţiunile parcimoniase nu sunt de lepădat. Starlinger a operat 49 bătrâni, cu ulcer gastric, făcându-le gastro-enterostomie şi a obţinut, 23% rezultate rele. Deasemeni în 81 ulcere duodenale, a obţinut numai 16% rezultate rele la indivizii trecuţi de 60 de ani. Deci şi gastro-enterostomia rămâne o operaţiune din cele mai utile.

Rezultate tardive. — In privinţa rezultatelor tardive, statisticile sunt cam contradictorii, datorită bineînţeles inclinaţiei autorului către rezecţie sau către operaţiuni mai mici. Dar este sigur că o bună parte din contradicţie, vine şi de aci, că nu toate ulcerile operate prin gastro-enterostomie, sunt adevărate ulcere. Pentru unii, ulcer e demonstraţia clinică, mai mult sau mai puţin evidentă. Pentru alţii şi în special pentru rezecţionişti, ulcer există numai atunci când este vizibil prin transformarea scleroasă, cicatricială a tunicilor gastro-duodenale. Ulcer mucos nu există. Mucoasa lezată, se reface din fericire cu uşurinţă. Experimental nu se poate obţine ulcer, fără leziuni profunde în musculoasă, fără retracţia fibrelor distruse.

Unii autori vorbesc de gastrită hypertrofică dela pars pilorica (Ciminata), de gastrită mucoasă preulceroasă şi care ar justifica rezecţia sau gastro-enterostomia. Delor şi Gabrielle declară că au avut 75 de astfel de cazuri pe 875 gastrici operaţi.

Biblioteca Centrală Universitară Iaşi

Sunt şi angulări duodenale prin aderenţe care dau suferinţe ca şi ulcerile şi care se vindecă prin gastro-enterostomie, cum a arătat Iacobovici şi cum am avut şi eu personal.

Vedeţi că ceeace clinic pare să fie ulcer, în realitate poate nu e decât o periduodenită sau o gastrită cronicizată. Cei cari fac operaţiuni parcimonioase, considerând în genere asemenea cazuri drept ulcere, obţin rezultate ce le îmbunătăţesc statisticile. Dar pentru rezecţionişti, care-şi verifică diagnosticul la fiecare operaţiune, ulcer nu este decât acela care are o evidentă cicatrice dură la suprafaţă.

Dacă noi credem pe toţi autorii, ar rezulta ca operaţiunile parcimonioase, ar avea ca rezultat 25% rezultate perfecte faţă de 33% prin rezecţie. Prin rezultat perfect înţelegem posibilitatea pentru pacient să se hrănească şi să bea absolut normal, fără nici o reticenţă. Rezultatele rele, adică pacientul continuând să sufere ca şi înainte de operaţiune, sau apariţia unui ulcer peptic, sunt de 25% în gastro-enterostomii şi operaţiuni mici şi de numai 7% pentru rezecţii.

Rezultatele bineînţeles că diferă mult dela autor la autor. Pentru conciliere, s'a spus că operaţiunea parcimonioasă în America ar da rezultate mult mai bune decât în Europa, pentrucă ulcerul ar prezenta o mult mai mare gravitate în Europa. Totuşi, cea mai rea statistică în rezultate postoperatorii, o dau tot Americanii şi anume R. Church şi Hinton constată pe 114 cazuri urmărite, după gastro-enterostomie, 37% rezultate bune, 12% mediocre şi cifra maximă de 51% rezultate rele.

Sigur că în aprecierea rezultatelor, în afară de factorul personal,

de apreciere cu sau fără simpatie, avem şi încurcături asupra criteriilor de apreciere. Ce e rezultat rău? Unii consideră rezultat rău numai ulcerile peptice, alţii continuarea suferinţelor, chiar ţinând un regim apropiat. Desigur că acest din urmă criteriu e mai logic şi după acest criteriu, rezultatele rele după gastro-enterostomie se apropie de cifrele date de Oglobin de 43% cu 4% ulcere peptice.

Ulcere peptice. — In privinţa ulcerilor peptice, mai multe noţiuni caută să-şi facă loc. Aşa s'a constatat că ulcerile peptice sunt mult mai dese după unele operaţiuni. Frequenţa cea mai mare o dă operaţiunea azi delăsată, a excluderii pilorului. Această operaţiune nu trebueşte confundată cu rezecţia de excludere a lui Finsterer, rezecţie în care chiar de rămâne pilorul, avem grije să distrugem mucoasa; rezecţia de excludere dă rezultate comparabile cu orice rezecţie (Holembach 75 cazuri cu 1 peptic şi aci rezecţia mică. Pototschning 22 perfecte şi 1 peptic). După excluderea pilorului, un număr excepţional de peptice le dă operaţiunea à la Roux, adică G. E. cu anastomoză jejuno-jejunală sau anastomoză în Y. Galli în Italia a operat 23 de astfel de cazuri în doi ani, ceeace e impresionant. Aceasta demonstrează că secreţia bazică a duodenului, revărsată peste gura anastomotică, o fereşte de efectele caustice ale secreţiei gastrice, prevenind ulcerul peptic.

Garnet Wright pe o largă statistică în Anglia, constată că ulcerul peptic e mai des după E. G. decât după rezecţie şi poate să apară şi după achilii; astfel de cazuri de ulcere peptice, cari apar şi în achilii, au fost publicate şi de Filipovicz dela Cernăuţi. Cu toate acestea Charrier, care a operat ulcere peptice, declară că niciunul din ulcerile peptice operate, nu avea o gastrectomie largă. — Nu toate ulcerile peptice se vindecă după operaţiuni iterative; după englezi, se pare că numai 39% din pepticele operate se vindecă, restul recidivând. Deci ideea că o bună parte din peptice s'ar datori unui teren special şi nu technicei.

Insă Charrier, care ştie ce e rezecţie largă, are 13 vindecări pe 15 operaţii, urmăriţi şi operaţi pentru ulcere peptice. Iar la noi în ţară, unde după exemplul maestrului Iacobovici, se fac rezecţiuni cu adevărat largi, ulcerile peptice sunt rarisime, iar Iacobovici, cu toată marea activitate în materie, nu a întâlnit nici un caz cu ulcer peptic pe rezecţiile sale.

Deci ulcerul peptic, va fi fiind în mică măsură o chestiune de teren, dar e cert că este în cea mai bună parte, o chestiune de technică, fiind cu atât mai rar, cu cât rezecţia este mai mare.

Desigur că mulţi bolnavi, după operaţie, continuă să suferă, datorită unei gastrite, întreţinută în bună parte de regimul dezordonat şi ades iperalcolizat. Pentru a face diferenţa între gastrită, care trebue tratată medical şi ulcer peptic, avem următorul criteriu după Kalk: hyperaciditatea pe nemâncate prezentă şi crescând treptat în primele 3 ore arată prezenţa ulcerului peptic. Şi trebue să ştim, că ulcerul peptic nu este totdeauna un ulcer penetrant, ci ades poate fi tratat medical şi numai dacă nu isbutim în scurt timp să vindecăm afecţiunea, vom recurge la tratamentul chirurgical.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şi spre încheere, să-mi fie permis să amintesc, că cel mai bun tratament postoperator, şi contra gastritelor restante şi pentru prevenirea ulcerului peptic, este o alimentaţie cu prânzuri mici şi multiple, cu alimente variate, dar bine amestecate, însă fără lichide la masă şi fără apă rece între mese.

Anemiile. — Chestiunea anemiei după operaţiunile gastrice, a început să preocupe în ultimii ani, prin publicarea câtorva cazuri de anemie, evidenţiate după operaţiune. Insă până azi nu s'a putut spune că în acele cazuri de anemie, afecţiunea nu exista şi înainte de operaţiune. Rarile cazuri de anemie pernicioasă poate erau în evoluţie, poate însăşi duodenita ce însoţeşte anemia pernicioasă să fi dat fenomene luate drept ulcer sau chiar ulcere.

Experimental pe câini Anardi după cele mai largi rezecţii, nu poate obţine anemii pernicioase, ci numai ipocromii mici.

Hoff opune două tipuri de anemii după operaţiuni gastrice: anemia pernicioasă şi cloro-anemia ipocromă cu achilie a lui Einhorn. Ambele aceste genuri de anemii sunt studiate la operaţi, însă fără să se arate starea de anemie preoperatorie, aşa că studiul acestor anemii trebueşte reluat din acest punct de vedere, cât şi al deficienţei hepatice.

La operaţiuni, la vechii ulceroşi, cum am mai spus-o la început, găsim la operaţie un ficat vizibil bolnav, gălbui sau cu capsula creaţă ori sidefie. Ei bine, anemiile trebuesc studiate şi în raport cu starea anterioară operaţiunei şi cu adnotaţiunile asupra stărei hepatice, făcute în timpul operaţiunei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar afară de aceasta, anemiile postoperatorii nu au nimic grav. Anemiile pernicioase sunt cu totul excepţionale. Anemiile ipocrome s'ar găsi în 24% din cazuri după Richter. Aceste anemii nu au fost găsite niciodată sub 70% hemoglobină de către Leriche şi în aceiaş proporţie ca la extragastrici. Merklen, Israel şi Froelich pe 77 cazuri găsesc numai 3 cazuri de anemii şi acestea atribuabile altor cauze.

Deci la aceasta se reduce anemia postoperatorie la gastrici, adică la un simplu obiect de studiu, fără repercusiune practică.

In afară de complicaţiunile tardive de care am vorbit mai sus, se pot întâmpla după operaţiune şi complicaţiuni cu totul excepţionale, ca invaginarea jejuno-gastrică, sau ocluzie intestinală, datorită mai des defectelor de technică.

Ulcere perforate. — Ulcerul perforat, date fiind condiţiunile speciale, formează o categorie aparte.

In perforaţii avem două categorii de operaţiuni: operaţiuni curente şi operaţiuni excepţionale.

Ca operaţiuni curente avem: sutura ulcerului perforat, cu variante, rezecţia marginei caloase şi sutură à la Balfour, sutură cu înfundare sau cu capitonare cu epiplon. Aceiaşi operaţiune la care se adaugă o gastro-enterostomie complimentară. Insfârşit avem rezecţia gastrică subtotală şi în ulcerul neperforat.

Ca operaţiuni excepţionale, în cazuri de peritonită înaintată sau de abces subfrenic ori subhepatic, avem drenajul simplu, iar în cazuri de mari ulcere caloase, nesuturabile şi unde rezecţia nu e recoman-

dabilă, avem operaţiunea Neumann, adică se introduce în perforaţie un tub de cauciuc, se face în jurul cauciucului o capitonare, un tunel cu marele epiplon sau cu epiploane vecine. E o operaţiune bună în asemenea cazuri şi eu am salvat 3 pacienţi, graţie acestui sistem.

Literatura din ultimul timp, este plină de articole cari opun cele trei operaţiuni curente: sutura, cu gastro-enterostomie şi rezecţia. Tendinţa este să se demonstreze prin comparaţie că rezecţia este superioară celorlalte metode, ca şi în ulcerul neperforat. Mai mult, se tinde să se demonstreze prin statistică că rezecţia în perforate, are mortalitate mai mică ca oricare altă intervenţie. Aşa ludine arată o mortalitate de 8,9%, Steiger 8,8% prin rezecţie; Carayanopulos adună 1220 cazuri din literatură cu 7,3% mortalitate. Ceva mai mult, Ciancarelli operează 21 perforate prin rezecţie, fără mortalitate, Carayanopulos 13 cazuri operate în primele 8 ore.

Din punct de vedere al rezultatelor tardive, cu certitudine că rezecţia dă rezultate mai bune ca celelalte metode, dar din punct de vedere al mortalităţei se exagerează prea mult. Cum spune Hebere, rezecţia se face în cazurile cele mai favorabile, pe când celelalte metode se aplică în cazurile vechi sau cu condiţiuni rele, aşa că rezultatele din punct de vedere al mortalităţei nu trebuesc comparate.

Gastro-enteroanastomoza poate fi scoasă din discuţie, pentrucă în cazurile în care se poate practica, se poate face şi rezecţia. Dar sutura rămâne în indicaţiile sale.

Din statistica lui Oliviez, se evidenţiază că dacă rezecţia în primele 12 ore dă rezultate bune, cu 11% mortalitate, apoi după 12 ore mortalitatea se ridică la 42%. Lui Häussler rezecţia ia dat în primele 6 ore o mortalitate de 22%, sutura dupe 6 ore 34%, iar pe o altă serie, sutura în toate cazurile, i-a dat o mortalitate de numai 17%, aşa că acest autor, dupe ce a fost rezecţionist, revine în ulcerul perforat la sutură, ca şi alţi autori Germani.

Sigur că nu trebue în această materie să exagerăm în nici un sens. Rezecţia este de practicat în primele ore, în toate cazurile fără prea mult revărsat, fără un revărsat cu prea mare conţinut alimentar. Dar nu trebue să o practicăm la cei trecuţi de 50 ani (Angerer), la obezi, taraţi, cu ficatul în rele condiţiuni şi mai este o categorie: Yves Delagenière a observat în trei cazuri de ulcer perforat şi cari au sucombat că în momentul operaţiunei aveau prima ansă ileală dilatată, şi a atras atenţiunea că în asemenea cazuri avem aface cu un început de ileus peritonitic. Am observat şi eu două de astfel de cazuri şi în adevăr, ambele au sucombat, dintre care unul a fost operat în primele 6 ore. Deci se confirmă că bolnavii cari se prezintă la operaţie cu primele anse jejunale net dilatate, sunt în stare de ileus peritonitic şi deci în condiţiuni prea rele pentru a mai fi încercată rezecţia.

O chestiune care cred că se discută inutil, este dacă trebue după operaţiunea pentru ulcer perforat, să drenăm suprapubian. Nu vedem ce ar strica acest mic drenaj. In cazuri în cari nu s'a făcut, eu a trebuit să intervin de două ori, odată pentru abces format, iar altă dată am intervenit fără succes, pentru peritonită. Dar la noi în

Digitized by Universitatea "Ion Ionescu de la Brăila"

tară, unde bolnavul se îndoapă cu fel de fel de medicamente şi băuturi după perforaţie, unde găsim în abdomen cantităţi considerabile de lapte, rom sau Diana Franzbrantwein, nu ştiu cum am face să nu drenăm şi subhepatic şi suprapubian.

Ulcere cu hemoragii. — Hemoragia gravă în ulcer este considerată ca o indicaţie absolută pentru intervenţia chirurgicală. Congresul de Chirurgie dela Paris 1932 a evidenţiat că, rezultatele operaţiunilor după hemoragii sunt rele şi de aci recomandaţia să nu se opereze în asemenea cazuri.

Tratamentul medical pe 202 cazuri de hemoragii a dat lui Hellier o mortalitate de 13%, lui Chiesmann 23%, Umbere 9.5%, Fiensterer 12—26%, deci cam aceleaşi rezultate ca şi în intervenţii. Insă lui Basch, lui Reshke, lui Westermann, operaţiunea la prima hemoragie le-a dat rezultate cu totul superioare.

Se părea că, unele hemoragii serioase nu ar fi datorite ulcerului sau cancerului, ci unei cauze hepatice şi acesta era încă un motiv de amânare a operaţiunei. Dar Cristiansen, pe 16 asemenea cazuri, la necropsie găseşte constant un ulcer, deşi în 40% radiologic nu erau semne de ulcer. Cristiansen a avut impresia că transfuzia (289 cazuri) nu numai că nu ameliorează, dar chiar agravează situaţia.

Deci această chestiune a intervenţiei în hemoragii trebueşte revizuită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

VICTOR DIMITRIU: *Le traitement chirurgical actuel de l'ulcère gastrique et duodénal.*

Dans une conférence à l' Association des docents de Bucarest, D. expose les opinions récentes sur la question. Avec la majorité des chirurgiens européens, ils est pour les gastro-pilorectomies larges. Mais, pour les vieillards, pour ceux dont le foie est suspect à l'opération, les cachexiques, la gastro-enterostomie est une opération utile.

L'ulcère peptique est une exception dans les vraies gastrectomie larges. Les resultats inegales après l'opération sons améliorables par le régime et surtout par la privation d'eau froide. La question de l'anemie après l'opération, qui d'ailleurs n'est pas grave, doit être revisée.

Dans l'ulcère pérforé, D. est pour l'éclectisme entre la gastrectomie, la Balfour et l'operation à la manière de Neumann, d'après le moment de l'intervention. En ce qui concerne la conduite dans les grandes hématemèses, D. trouve que la question est révisable.

V. DIMITRIU: *Il trattamento chirurgicale attuale nel ulcera stomacale e duodenale.*

L'autore esporre i pareri recenti e con la maggioranza dei chirurgi europei, lui è per la gastro-pilorectomia sotto-totale. Per i vechi, per quei con un fegato sospetto per i tropo rovinati, la gastro-enterostomia rimane una operazione utila.

Nelle gastro-pilorectomie larghe, il ulcera peptice è rarissimo. I risoltati inegali dopo l'operazione, sono amelirabili con il regime alimentaria e sul tutto, con la privazione di aqua fredda. Le anemie dopo l'operazione, di cui si discuta tanto, non anno nessun gravita e tutta la questione dev essere rivedufa.

Nel ulcera perforato, D. è per una atitudine eclectica: gastrectomie, Balfour o l' intervento dopo la maniera di Neumann, in raporto con il momento del intervento e con le lesioni trovati. La questione del intervento nelle grande hematemese è di nuovo a esaminare.

V. DIMITRIU: *Gegenwärtige chirurgische Behandlung des Magens und Duodenalulcus.*

Dimitriu zeigt die gegenvärtigen Ansichten und mit der Mehrzahl der europäischen Chirurgen ist für die Gastropilorectomie. Jedoch für ältere Personen und für solche, bei denen während der Operationszeit eine verdächtige Leberwahrgenommen wurde, ebenso wie für solche, die einen schwachen Korperbau aufweisen, ist die Gastroenterostomie angezeigt.

Der Ulcus pepticus ist den breiten Magenresectionen sehr selten. Die ungleiche Ergebnisse nach der Operation können durch eine Diät und ganz besonders durch ein Fernhalten von kalten Wasser verbessert werden. Die nachoperatorische Blutarmut von der in letzter Zeit geschprochen wird, ist nicht bedenklich. Die Sache der Blutarmut muss von neuem studiert werden.

Bei dem perforierten Ulcus der Verfasser ist für ein Verhalten je nach dem Fall, zu wehlen zwischen Gastrectomie, Balfour oder Neumannmethode, durch Beziehung auf die verflossene Zeit nach der Durchbohrung und auf die angefundenen Verletzungen während der Operation.

Die Sache der Intervention in den grossen Hematemeze, ist noch nicht ganz gelöst werden.

In
Turburări de desechilibru şi Nervoase ale Sist. Nervos vegetativ,
Stări nervoase şi depresive
Basedov şi stări basedovoide
Migrena, etc.

BCU Babeş-Bolyai University Library Cluj

BELLERGAL

Combinaţie de Bellafolin, Ginergen şi Phenobarbital

3—5 drageuri zilnic: un drageu dimineaţa, un drageu dupe prânz şi 2 drageuri seara inainte de a merge în pat.

Reprezentant pentru România:
Drogueria D. NESTOR,
Str. Lipscani 102. Bucureşti I
Drogueria „ROYAL"
Piaţa Unirii 26. Cluj.

Fabrica chimică
odinioară
„SANDOZ"
Bassel—Elveţia

SANDOZ

TRATAMENTUL PARKINSONISMULUI

de

Docent D-r ENRIC FAÇON

Tratamentul cu atropină în doze mari şi cura bulgară cu o decocţie de rădăcină de atropa belladona, constituesc 2 metode cari pot reda activităţii normale un mare număr de bolnavi.

Cu toată imperfecţiunea datelor statistice, putem spune că numărul total al parkinsoniştilor rezultaţi din numeroasele epidemii de encefalită, care au bântuit dela 1916 şi până astăzi, se cifrează la mai mult de 200.000.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dacă avem în vedere faptul că parkinsonistul lăsat în voia soartei este un infirm, adeseori o epavă şi de cele mai multe ori o povară pentru familie şi societate, ne dăm seama că problema înlăturării sau atenuării tulburărilor, pe care acesta le prezintă, este o chestiune nu numai de umanitate, ci şi de interes obştesc.

Tratamentul parkinsonismului este dominat de doi factori:

Primul factor este reprezentat prin noţiunea că parkinsonismul nu este o sechelă, o stare cicatricială ci o continuare a fazei acute; de altfel autorii germani i-au dat numele de encefalită cronică parkinsoniană, caracterizată prin perzistenţa atenuată a virusului şi din punct de vedere anatomo-patologic prin modificări inflamatorii şi alterativ progresive în locus niger. Ar exista o analogie cu alte infecţiuni cronice ca tuberculoza sau luesul cerebral (von Economo, Spatz, etc.).

Aceste noţiuni comandă în primul rând o terapeutică specifică.

Terapeutica specifică este îngrădită de faptul necunoaşterei agentului patogen, căci nu există unanimitate în acceptarea concepţiilor lui Levaditi asupra intervenţiei virusului herpetic ca factor cauzal. De aceea diversele tratamente preconizate, ca injecţia intra-rachidiană de vaccin din emulsia de encefalită herpetică, pyrethoterapia prin malarie sau recurentă (Zinemann), sau autoseroterapia nu au dat rezultate şi sunt rareori întrebuinţate. Mai multă indicaţie şi aplicaţie practică au metodele medicamentoase: salicilatul de sodiu intravenos, hexametilentetramina şi iodul, preconizat cu multă căldură de von Economo sub formă

de soluţie Pregl. Tratamentele fizice (Roentgen, electricitate sub diverse forme) nu sunt de nici un folos.

In schimb tratamentul general merită o atenţiune deosebită. Regimul alimentar al parkinsonistului trebue să fie un regim atoxic, menajând în special ficatul, căci ştim că la parkinsonieni există o stare de insuficienţă hepatică constantă (Stern a găsit leziuni hepatice certe pe un număr mare de bolnavi). Tot atât de important ca regimul alimentar este faptul că parkinsonistul trebue să ducă o viaţă ordonată, într'un climat temperat, cu exerciţii zilnice şi chiar cu aplicaţii de mecanoterapie. Şi în sfârşit să nu se uite că parkinsonistul prin însăşi leziunile pe care le prezintă este extrem de sugestibil, că — după cum a arătat şcoala neurologică română în frunte cu prof. Marinescu — el poate prezenta simptome, care sunt produse prin sugestie şi îndepărtate prin persuasiune şi că deci o psihoterapie bine condusă îi poate ameliora multe din turburările pe care le prezintă (crize oculogyre, etc.).

Al doilea factor care comandă terapeutica parkinsonismului este starea de hypertonie vagală care există în cursul acestui syndrom (Marinescu şi Santenoise). De aci decurge întrebuinţarea pe scară întinsă a substanţelor care diminuă tonusul vagal în tratamentul acestei afecţiuni.

Dintre substanţele întrebuinţate anterior vom cita Datura Stramonium, preconizată de autorii anglo-americani sub formă de pulbere de foi în cantitate de 0.20 gr.—1 gr. pe zi, cu o acţiune manifestă asupra fenomenelor de hipertonie.

Mai eficace, cu o acţiune mai constantă, atenuând atât rigiditatea cât şi tremurăturile este **scopolamina**, în doze de 1 mgr. per os sau $1/4$—$1/2$ mgr. subcutan. Inconvenientul acestei substanţe este faptul că de cele mai multe ori acţiunea ei este legată de o stare de somnolenţă, uneori însoţită de delir şi de producerea de fenomene de obişnuinţă care necesită cu timpul administrarea de doze mari, a căror eficacitate scade.

Harmina, preconizată de Behringer şi care suscitase un interes deosebit la primele încercări este un alcaloid întrebuinţat ca stupefiant în America de Sud. In doze de 0,02 gr. subcutan produce o diminuare a rigidităţii însă acţiunea este foarte efemeră şi întrebuinţarea sa a căzut cu totul în desuetudine.

In ultimii ani au apărut însă două metode cari au înlocuit aproape cu totul pe cele enumărate până acum şi care au dat rezultatele cele mai remarcabile în tratamentul syndromului parkinsonian.

Atropina în doze mari a fost preconizată de Roemer şi în urma lucrărilor noastre (Marinescu şi Façon) este întrebuinţată actualmente şi în Franţa.

Incă din 1920, Radovici şi Niculescu relatează influenţa favorabilă a dozelor mici de atropină (1—2 mgr. subcutan) asupra mişcărilor involuntare din encefalita epidemică. Lucrări ulterioare au arătat însă că din punct de vedere clinic (Stern) şi experimental (fixarea atropinei de către serul encefalitic la experienţa pe intestinul de iepure excizat, experienţă executată de Bremer) există o rezistenţă a parkinsonistului faţă de doze mari de atropină. Danielopolu şi Rădulescu au explicat

BCU Cluj / Central University Library Cluj

aceasta prin faptul că graţie mitridatizării se produce un factor antiatropinic care împiedică acţiunea tisulară, deci fenomenele toxice ce survin când se administrează dintr'odată doze mari de atropină. Pe de altă parte atropina se elimină repede astfel că nu există posibilitatea de acumulare. Rezultă din toate aceste noţiuni că administrarea în doze progresive nu produce nici un inconvenient şi metoda lui Roemer reprezintă modalitatea cea mai bună de administrare a atropinei în doze mari.

Se utilizează o soluţie de 0,50 gr.% din care o picătură reprezintă 1/4 mgr. şi se începe prin a da bolnavului de 3 ori pe zi la intervale regulate câte o picătură. Se creşte zilnic cu câte două picături (în primele 10 zile chiar câte 3) având grijă ca doza de seară să fie ceva mai mare decât celelalte două. Se măreşte doza după aceste indicaţii până ce nu se mai constată nici o ameliorare obiectivă sau subiectivă. Se rămâne la această doză câtva timp şi pe urmă se diminuă cu câte 2 picături zilnic, până ce survine primul semn al unei recidive. Doza optimă de întreţinere, va fi atunci ceva mai ridicată decât această ultimă doză şi deseori această cantitate este mai mică decât cea care realizase acţiunea optimă prima oară. Roemer a ajuns să administreze chiar doze de 120—150 picături pe zi fără ca bolnavii să prezinte turburări importante. Singurele incidente menţionate sunt acelea care survin în urma atropinizării: uscăciunea gurei, turburări de acomodaţie, anorexie, constipaţie sau alteori diaree, după cum am arătat noi. Dar toate aceste turburări sunt trecătoare şi dispar dacă se aplică tratamentele adecuate. Este absolut contra indicat a se suprima brusc tratamentul: dezatropinizarea făcută dintr'odată expune pe bolnav la accidente serioase. Roemer a obţinut până în 1933 la un total de 380 bolnavi trataţi 60% de reluare a activităţii. Pe un număr de aproximativ 300 bolnavi noi am obţinut 50% de reluare a ocupaţiilor obişnuite şi cel mai evident rezultat al tratamentului atropinic este că în Clinica neurologică din Bucureşti, nu se mai găsesc numeroasele cazuri de parkinsonism care se permanentizau în serviciu, sclavi ai hyoscinei, de care nu se puteau lipsi, adevăraţi hyoscinomani.

In ceeace priveşte mecanismul acţiunei atropinice am putut stabili următoarele fapte: In urma tratamentului cu atropină în doze mari, starea de vagotonie este înlocuită de o stare de amfotonie cu predominenţă simpatică. Egalizarea cronaxiei muşchilor agonişti şi antagonişti ai rădăcinei membrului (fenomen obişnuit la parkinsonişti) se modifică după tratament ajungând la raportul normal de 1—2 între agonişti şi antagonişti. Atropina ar restabili deci formula cronaxică redându-i valoarea normală. Acţiunea atropinei ar fi deci atât centrală modificând tonusul vagal prin acţiune asupra centrilor vegetativi superiori, cât şi periferică, acţionând asupra nervului şi muşchiului. In acest fel se exercită acţiunea sa remarcabilă asupra rigidităţii şi mişcărilor involuntare.

Din experienţa destul de aprofundată pe care o avem cu acest tratament, putem afirma că metoda aceasta — graţie simplicităţii de preparare şi administrare, precum şi a tolerării de către majoritatea bolnavilor — dă actualmente cele mai bune rezultate în tratamentul fenomenelor parkinsoniene.

O nouă metodă, înconjurată la început de oarecare mister, este cura bulgară, imaginată de I. Raeff şi care consistă în administrarea unui decoct de 30 gr. rădăcină de atropa belladona în 600 gr. vin alb. In ultimii ani, această metodă s'a răspândit şi în Italia unde este actualmente aproape exclusiv întrebuinţată în tratamentul turburărilor parkinsoniene. Lucrările lui Pannegrosi şi Feranini au adus următoarele precizări: se administrează zilnic bolnavilor o cantitate din decoctul de mai sus, începând cu doza de 2 cmc. şi crescând cu câte 2 cmc. până se ajunge la doza zilnică de 50—60 cmc. pe zi. In acelaş timp se supune bolnavul unui regim atoxic, se suprimă tutunul, alcoolul şi cafeaua şi se prescriu masagii şi gimnastică activă şi pasivă. Nu este nevoie să se întrebuinţeze exclusiv belladona de provenienţă bulgară care ar avea calităţi speciale, deoarece autorii italieni au obţinut rezultate tot atât de bune cu planta indigenă. Rezultatele obţinute ar fi remarcabile şi cu mult superioare celor obţinute cu metodele anterioare. In afară de acţiunea manifestă asupra hipertoniei, tremurăturilor şi crizelor oculogire, această metodă ar produce incidente minime şi ar da posibilitatea de a întrerupe pentru câteva luni administrarea medicamentului, fără ca bolnavul să piardă beneficiul rezultatelor obţinute.

Cercetările noastre (Marinescu şi Façon), făcute prin aplicarea acestei metode la un număr de 30 bolnavi ne-au făcut să corectăm întru câtva afirmaţiile puţin cam prea optimiste a autorilor italieni citaţi mai sus.

Nu am constatat o acţiune mai manifestă asupra turburărilor parkinsoniene decât cea obţinută prin atropină. Nu ne-am putut convinge că întreruperea tratamentului menţine ameliorarea bolnavului. In schimb am notat la câţiva bolnavi apariţia de turburări psihice (confuzie mintală, delir, agitaţie motorie, somnolenţă) datorite probabil intervenţiei elementului hyoscinic care intră în compoziţia decoctului bulgar. De altfel câţiva autori italieni (Chiebov, Beloni) notează recent şi ei aceste turburări şi sunt mult mai rezervaţi în ceeace priveşte valoarea metodei. In comparaţie cu atropina, cura bulgară prezintă inconvenientul că este mai costisitoare pentru bolnav, mai greu de preparat şi că produce uneori turburări psihice. După părerea noastră ea este indicată atunci când bolnavul nu suportă atropina şi când o vom întrebuinţa fie singură, fie asociată cu aceasta din urmă.

In concluzie putem spune că — fără să fi rezolvat chestiunea tratamentului parkinsonismului — totuşi graţie acestor două ultime metode şi în special a atropinei — putem reda actualmente activităţi normale un mare număr de bolnavi, contribuind astfel în largă măsură la soluţionarea acestei probleme de interes nu numai uman, ci şi social.

BIBLIOGRAFIE

1) *Bremer:* Dtsch Arch Klin. Med. 149. S. 340. — 2) *Danielopolu et Răduesco:* Méthode hypoamphotonique à l'atropine Presse Méd. No. 101 Déc. 1936. — 3) *Marinesco et Façon:* Le traitement des troubles post-encéphal. par l'atropine à haute dose. Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris No. 14 (avril 1933) No 12 (mars 1936). Bull. de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris No. 11 (1934). Quelques remarques sur la cure bulgare des traitements post-encephalitiques Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris No. 16 (mai 1936). — 5) *Radovici et Niculesco:* Presse Méd. 1921. — 6) *Roemer:* Die Atropinbehandlung des Parkinsonismus. Med. Klin. Med., Med., selt, etc. (1932). — 7) *Panegrossi:* Sulle recenti acquisition nelle cura del parkins. Policlinico, No. 30 (1935).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Le traitement du parkinsonisme.

L'auteur met en évidence que le traitement du parkinsonisme est en fonction de deux facteurs. Le premier, c'est la notion que cet état, loin d'être une simple séquelle, n'est souvent qu'une continuation de la phase aigue de l'encéphalite épidémique. C'est de cette constatation que découle l'emploi d'un grand nombre de moyens antiinféctieux comme le vaccin hérpétique, la pyrétothérapie, l'autosérothérapie, le salicilate de soude, l'héxamétilènetétramine, l'iode, etc. qui malheureusement n'ont pas toujours prouvé leur efficacité.

Par contre le traitement simptomatique du mal réussit mieux car-et c'est le second facteur important pour la thérapeutique du parkinsonisme-cet état a comme subtratum habituel un état d'hypertonie vagale.

Actuellement on a renoncé presque partout à la datura, à l'harmine et à la scopolamine et — à la suite des travaux de Römer — on emploie l'atropine à haute doses pour combattre les symptomes. Cette méthode — qui — à la suite des travaux de Marinesco et Façon a été aussi admise en France donne les meilleurs résultats en ce qui concerne la rigidité, les mouvements associés, les crises occulogyres, et — plus rarement — les tremblements.

Une autre méthode de traitement belladonné — la cure bulgare — expérimentée par les médecins italiens, quoique donnant des résultats assez bons, n'a pas réussi à prendre la place de la méthode de Römer.

Die Behandlung des Parkinsonismus.

Der Verfasser stellt fest, dass die Behandlung des Parkinsonismus mit zwei Faktoren im Zussamenhang steht. Erstens ist es die Tatsache, dass dieser Zustand keineswegs nur ein Folgezustand ist, sondern oft eine Fortdauer der akuten Phase der epidemischen Encephalitis bedeutet. Von dieser Feststellung ausgehend empfahl man die Anwendung zahlreicher antiinfektiöser Mittel wie Herpesvaccine, Pyretotherapie, Autoserotherapie, Natr. Saliz, Urotropin, Iod u. a. die aber leider nicht immer auch erfolgreich waren.

Dagegen kann man das Leiden symptomatisch besser bekämpfen und zwar das ist der zweite bedeutede Faktor für die Therapie des Parkinsonismus — veil das Leiden gewöhnlich mit einer Hipertonie des Vagus verbunden ist.

Gegenwärtig hat man fast überall auf das Datura, Harmin, Scopolamin verzichtet und-dank der Arbeiten von Römer-verwendet man das Atropin in hohen Dosen. Diese Methode, die infolge der Arbeiten von Marinesco und Façon auch in Frankreich aufgenommen wurde, hat sich besonders bewährt und beeinflusst in hohem Masse die Hyperthonie, die unwillkürlichen Bewegungen, die occulogiren Krisen und — in leichterem Masse — das Zittern.

Eine andere Behandlung durch Belladonna-die bulgarische Kur-die sich besonders in Italien grosser Anerkennung erfreut, hat trotz ihrer befriedigenden Wirkung die Methode von Römer durchaus nicht ersetzen können.

ZONA AURICULARA *)

de

Docent D-r V. FOTIADE

(Sfârşit)

OBSERV. I. — Bolnavul S. în vârstă de 28 ani, cu o săptămână înainte de a fi văzut de noi a început să aibă mari dureri de cap însoţite de dureri nevralgice în regiunea auriculară şi temporală dreaptă, care s'au accentuat din ce în ce mai mult, sfârşind prin a se localiza în urechea şi regiunea mastoidiană corespunzătoare.

Aproape concomitent cu aceste dureri, a început să aibă greaţă, ameţeli, vărsături şi nesiguranţă în timpul mersului. Toate aceste fenomene erau însoţite de febră.

Bolnavul crezând că este vorba de o intoxicaţie alimentară se tratează singur în acest sens, iar în cele din urmă se prezintă confratelui O. Silber, care, examinându-l, îi găseşte pe lângă turburările de mai sus şi o redoare a cefei, un uşor Kernig, reflexele patelare exagerate şi o bradicardie foarte pronunţată (40 pulsaţii pe minut). Colegul S. mi-l trimite să-l examinez cu diagnosticul probabil de oto-mastoidită cu fenomene meningitice incipiente.

Bolnavul ne este adus în cabinetul nostru la braţ de către soţia sa, şi cum se aşează pe scaun se apucă cu amândouă mâinile de speteaza scaunului, rugându-ne să-l lăsăm liniştit un moment; dar cu toată lupta sa în cele din urmă nu se mai poate abţine şi vomitează. După ce se mai linişteşte ni se plânge în primul rând de dureri de cap şi că nu poate umbla singur decât cu ajutorul soţiei, căci are un vertij puternic continuu, toate obiectele le vede învârtindu-se dela dreapta spre stânga. Această stare de ameţeală s'a accentuat mai mult în ultimile două zile, de când şi vărsăturile au devenit mai frecvente. Vomitează aproape la orice mişcare a corpului. Din această cauză de două zile nu s'a putut alimenta cu nimic şi are o sete grozavă.

Examinându-i urechea dreaptă la care acuză durerile, din cauza cărora spune că nici noaptea nu poate dormi, nu găsesc nimic anormal decât o uşoară roşeaţă în jumătatea posterioară a timpanului, care se continuă cu o hyperhemie de aceiaşi intensitate a peretelui posterior al conductului auditiv până în conchă. Concha era uşor înfiltrată şi rozată ca şi regiunea mastoidiană care era net edemaţiată. Conductul auditiv, concha şi mai ales regiunea

*) I Parte în No. 11—12/1937.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

mastoidiană erau într'o stare de hyperestezie neexplicabilă prin leziunile ce le prezentau. Chiar atingerea cea mai ușoară a pielei provoca bolnavului dureri exagerate. In schimb apăsând puternic mastoida, durerea nu se mărea, ci din contră părea chiar că diminuă. Bolnavul mai prezenta un nystagmus rotator spre stânga și o mydriază pronunțată.

Examinându-i acuitatea auditivă o găsesc la stânga normală, iar la dreapta foarte mult scăzută: aude diapazonul numai lângă ureche. Rinne pozitiv, dar foarte mult scăzut, transmisiunea pe calea osoasă dispărută; Weber lateralizat către urechea sănătoasă. Excluzându-i auzul de partea stângă cu asurdisorul lui Barany, bolnavul nu mai poate auzi decât vorbindu-i lângă urechea dreaptă cu voce tare. Bolnavul ne spune că de când s'a îmbolnăvit îi vâjâie foarte tare urechea dreaptă (fluerături și pocnituri).

La spălarea urechei cu apă rece nu reușesc să exagerez nystagmusul decât după o jumătate de litru de apă. La stânga se provoacă ușor un nystagmus orizontal spre dreapta.

După ce se liniștește complet, punându-l să meargă singur, ezită, se încurcă și cade spre dreapta.

Găsesc o redoare netă a cefei, ușor Kernig, reflexele patelare exagerate și pulsul cincizeci pe minut. Temperatura 38,6^0 pela 11 dim. Bolnavul este foarte abătut și face impresia de profund intoxicat.

In treacăt bolnavul ne mai spune că la începutul boalei l-a durut ușor și în gât, dar acum nu mai simte decât o ușoară durere în jumătatea dreaptă a limbei. Examinându-i gâtul și limba nu remarc nimic.

In concluzie constatând acest syndrom oto-meningitic fără semne nete de otită medie supurată, îi scriu colegului părerea mea că bolnavul trimis probabil că face vre-o mastoidită primitivă cu iritație labirinto-meningitică și consiliez internarea într'un sanatoriu, iar ca măsură terapeutică momentană: pungă de ghiață pe cap.

A doua zi găsesc bolnavul în aceiași stare: dureri mari de cap, otalgie, însă se pare că durerile din regiunea mastoidiană au mai diminuat. Amețeala, nystagmusul, redoarea cefei mai accentuată; a vomitat de patru ori în cursul nopței. Timpanul nu bombează, are luciul normal, dar roșeața s'a accentuat mai ales în conduct și conchă, care s'au înfiltrat și mai mult. In golul subauricular, la palpație se simte un mic pachet ganglionar.

Fac o puncție lombară; lichidul iese cu o ușoară presiune dar limpede. Rezultatul: 50 limfocite pe mm.^{3}, albumina crescută, examenul bacteriologic negativ, cultura sterilă. Temperatura oscilează între 38,5—39,2^0. Medicul internist înclină către diagnosticul de tuberculoză sau sifilis meningeal. Pulmonii la ascultație îi găsește sănătoși. Până la sosirea rezultatului sângelui îi și face o injecție intra-musculară cu bismuth.

Când examinez bolnavul a patra zi îl găsesc ceva mai liniștit, cu temperatura mai scăzută, cu otalgia diminuată, vărsături mai puține și amețelile în scădere.

In schimb examinându-i cu atenție urechea, observ în conchă vre-o patru cinci vezicule mici, cât o semință de mei, pline cu un lichid translucid și fiecare înconjurate de o margine ceva mai roșie decât restul pielei.

Luminându-i bine conductul auditiv găsesc încă vre-o trei vezicule de acelaș aspect pe peretele posterior. Pe timpan nimic decât roșața din zilele trecute, care se continuă cu cea din conduct și pavilionul urechei.

Stabilind imediat diagnosticul de zona auriculară, examinez cu atenţiune şi cavitatea bucală, unde găsesc pe jumătatea dreaptă a limbei (acolo unde spunea bolnavul mai înainte că simţea o jenă) câteva vezicule, unele chiar sparte, cu aspectul de simple afte. Pe vălul palatin şi stâlp nu găsesc nimic. Interogând mai cu atenţiune bolnavul ne spune că jumătatea dreaptă a limbei o simte amorţită. Incercând, constat că nu percepe dulciul şi săratul, cu această parte a limbei.

Bineînţeles s'a oprit orice tratament specific (de altfel Wassermanul a fost negativ). După zece zile, bolnavul a eşit din sanatoriu complet vindecat. Nu mai avea nici ameţeli, nici vărsături, iar auzul şi pulsul au revenit la normal. Nici un moment n'a avut vre-un semn de paralizie facială. Totul a dispărut treptat, aproape fără nici un tratament.

OBSERV. II. — Un copil de 12 ani, se întoarce dela şcoală plângându-se de dureri mari în urechea dreaptă. Spre seară se ridică temperatura peste 38^0. A doua zi otalgia se accentuiază şi mai mult. După amiază copilul se plânge de ameţeli, din care cauză nu mai îndrăzneşte să se scoale din pat şi varsă de mai multe ori. Este văzut de un specialist care pune diagnosticul de otită medie supurată acută şi îi face o paracenteză.

In curs de patru zile starea bolnavului nu se ameliorează. Din ureche îi curge puţină serozitate şi în plus face o paralizie facială de partea urechei bolnave şi redoare cervicală. Febra oscilând între 38—39^0, medicul opinează pentru trepanaţia mastoidei.

Familia îngrijată de această perspectivă mă chiamă în consult. Examinând bolnavul găsesc următoarele: dureri mari în ureche şi în jurul ei, o hyperestezie a pielei regiunei mastoidiene, un uşor nystagmus către stânga şi o paralizie facială totală, dreaptă. Pe lângă durerile din ureche, copilul se mai plânge de dureri de cap şi ameţeli; iar, obiectiv, îi găsesc redoarea cefei şi Kernig. Familia îmi spune că varsă de vre-o cinci zile mereu.

La examenul otoscopic găsesc în fundul conductului auditiv o mică cantitate de serozitate care venea din urechea medie (probabil o infecţie secundară paracentezei).

In schimb conductul auditiv îl găsesc foarte strâmtorat din cauza unei infiltraţii roşii a pielei, care cuprinde şi concha. Toată urechea externă este sensibilă, ceiace îmi îngreunează mult examenul. Uitându-mă cu atenţiune în concha pavilionului descopăr câteva vezicule turtite pe cale de a se usca. Examinând auzul, îl găsesc normal la ambele urechi, iar copilul spune că nu-i vâjâie nici-o ureche. In faringe şi pe limbă nu se găseşte nimic anormal.

Puncţia lombară dă un lichid limpede, uşor hypestensiv, cu 40 limfocite şi albuminele crescute.

Pun diagnosticul de zona auriculară şi opresc orice instilaţie medicamentoasă în ureche. După câteva zile urechea încetează de a mai curge. In scurt timp otalgia şi febra dispar. Ceva mai târziu au dispărut ameţelile şi paralizia facială.

După cum vedem în aceste două observaţiuni este vorba de zona auriculară. Prima complicată de turburări a celei de a VIII-a şi a X-a (bradicardie) pereche craniană şi fără paralizie facială, iar a doua cu paralizie facială şi turburări din partea nervului vestibular.

Ambele se deosebesc ca simptomatologie nervoasă, dar se aseamănă ca primă impresie clinică generală: o afecţiune auriculară complicată de meningită seroasă. In consecinţă în ambele cazuri s'a impus la început diagnosticul eronat de oto-mastoidită cu labirintomeningită. In amândouă cazurile bolnavii făceau impresia că sunt în prada unei grave şi profunde infecţiuni, apoi durerile de cap, redoarea cefei, Kernigul, vărsăturile, exagerarea reflexelor şi rezultatul pozitiv al punctiilor lombare, permiteau presupunerea unui proces meningitic incipient.

Această formă este foarte importantă de cunoscut mai ales pentru medicul practician, căci din cauza bogăţiei simptomelor generale, bolnavii se prezintă acestuia, care din cauza rarităţei zonei auriculare şi cu atât mai mult a acestei forme meningitice sunt expuşi să facă erori de diagnostic şi, consecutiv, de tratament.

Ba chiar în cele două cazuri ale noastre diagnosticul de zonă a fost primit de către confraţi cu oarecare îndoială, comparând infima întindere a erupţiei cutanate cu gravitatea simptomelor generale.

Şi după cum reese din observaţiunile noastre, primului bolnav, medicul curant îi şi începuse tratamentul anti-luetic, bănuind o meningită sifilitică în urma rezultatului analizei lichidului cefalorachidian. Iar în al doilea caz, diagnosticându-se greşit otită medie supurată, la început i s'a făcut o paracenteză a timpanului, iar după câteva zile, cu toate că nu-i curgea nimic din ureche, dar în faţa spectrului meningitei, se decisese trepanaţia mastoidei, numai pe baza otalgiei şi a nevralgiei din regiunea mastoidiană.

In literatură se citează frecvente greşeli de diagnostic în zona auriculară, confundându-se când cu furunculoza conductului auditiv, când cu mastoidita acută, urmate uneori de paracenteza timpanului sau chiar de trepanaţia mastoidei.

ANATOMIA PATOLOGICĂ A ZONEI AURICULARE din cauza asemănărei de leziuni, se confundă cu aceia a zonei în general. *Boerensprung* (1861) a fost primul care a semnalat leziunile ganglionilor rachidieni, dar mult mai târziu (1900) *Heat* şi *Campbell* au adus contribuţiuni serioase şi complete în studiul hysto-patologic al zonii. Ei au arătat că leziunea cea mai importantă se găseşte în ganglionul rădăcinei posterioare, care inervează regiunea pe care s'a desvoltat erupţia herpetică. Ganglionii sunt umflaţi, infiltraţi de extravazate leucocitare, alteori de focare hemoragice, iar la examenul microscopic se găsesc celulele nervoase în cromatoliză sau dispărute, iar fibrele nervoase din nervi alterate, cu infiltraţiuni limfocitare.

Mai târziu aceleaşi leziuni s'au găsit şi în măduva spinărei în porţiunea corespunzătoare rădăcinilor afectate (*André Thomas*).

Ramsay Hunt a contribuit la studierea leziunilor din substanţa cenuşie a coarnelor posterioare şi a masselor cenuşii corespunzătoare din bulb şi protuberanţă, omoloage coarnelor posterioare ale măduvei (poliomielita posterioară).

Schlesinger (1919) a arătat că întinderea ganglionilor şi a

substanţei cenuşi alterată depăşeşte adeseori teritoriile radiculare cutanate.

Deasemeni s'au găsit alteraţiuni meningee, ca îngroşări, infiltraţii, vascularizaţii, care se traduc prin modificări în lichidul cefalo-rachidian (limfocitoză, mărirea cantităţei albuminozei şi globulelor).

In fine *Sicard, Roger şi Vernet* (1922) au găsit alteraţiuni anatomice asemănătoare celor din ganglionii spinali şi în gl. simpatici şi fibrele nervoase corespunzătoare.

Cât priveşte leziunile din zona auriculară, *Ramsay Hunt* a găsit în ganglionul geniculat aceleaşi alteraţiuni ca şi cele descrise în ganglionii rachidieni.

PATOGENIA. In primul rând trebue să menţionez că majoritatea autorilor contimporani şi în special D-l *Prof. Marinescu şi d-l D-r. Drăgănescu* tind a admite că nu există decât o singură zona zoster idiopatică; cea simptomatică nefiind ca atare decât în aparenţă. Caracterul infecţios a fost stabilit întâia oară de către Landouzy (1883), lucru probat prin febra ce o însoţeşte, caracterul său epidemic şi imunitatea aproape absolută ce o conferă.

Până în prezent virusul a rămas necunoscut, iar experienţele de inoculare au eşuat în majoritatea cazurilor. Excepţie fac doar încercările lui *Lipschütz (citat de R. Bertoin)* şi ale lui *Marinescu şi Drăgănescu,* cari au reuşit să transmită zona la animale, ba chiar la om *(Kundralitz şi Marinescu, Drăgănescu şi Sager).*

Calea de infecţie, de asemeni, nu se cunoaşte, unii autori ca *prof. Marinescu* susţin că s'ar face prin piele, iar alţii pe calea naso-faringelui *(Levaditi şi Nicolau).*

In ce priveşte erupţia autorii clasici susţin că n'ar fi decât o turburare trofică, secundară, afecţiunei ganglionare. *Profesorul Marinescu* susţine că reprezintă acţiunea virusului asupra ţesuturilor pielei infectate; iar de aci pe calea firelor nervoase centripete s'ar produce o nevrită ascedentă până la ganglionii rădăcinilor posterioare şi măduvă. In sprijinul acestei ipoteze ar sta puterea infectantă a serozităţei obţinută din vezicule, cu care s'a reuşit să se transmită zona.

Totuşi ar fi cam greu de explicat, cum se face că în toate cazurile infecţiunea cutanată se produce numai pe un teritoriu radicular. Apoi de ce în experienţa citată de d-l *Prof. Marinescu* virusul inoculat la braţ n'a produs o erupţie zosteriană în acea regiune, ci a apărut peste patru săptămâni în regiunea sub-mamelonară şi sub scapulară de aceiaşi parte cu jumătatea corpului inoculat?

Mai probabil se pare că virusul odată intrat în organism se duce fie pe calea sanguină sau pe calea nervoasă până într'unul ori mai mulţi ganglioni spinali sau homologii lor cranieni, unde găsesc un mediu favorabil de înmulţire şi de exacerbare a virulenţei. Condiţiile care fac ca virusul să se fixeze pe un anumit ganglion sau mai mulţi deodată, nu se cunosc, dar credem că legea generală a *locus minoris resistentiae* îşi are rostul şi aici. După

Cluj / Central University Library Cluj

creşterea virulenţei în acest mediu ganglionar favorabil, infecţiunea se poate transmite pe calea nervilor în sus, spre măduvă sau massele cenuşii craniene sau la alte trunchiuri nervoase învecinate, prin intermediul anastomozelor, atât de frecvente în sistemul nervos central. Şi acum infecţiunea zosteriană având virulenţa mărită nu se limitează numai la fibrele sensitive, ci poate prinde şi pe cele motrice.

Astfel s'ar explica asociaţia paraliziilor velo-laringiene şi faringiene în zona pneumogastricului şi a glosso-faringianului, ca şi paralizia facială în zona ganglionului geniculat, şi paraliziile muşchilor gâtului şi membrului superior în zonele cervicale *(Collet)*.

In mersul său ascendent virulenţa infecţiunei se pare că este repede atenuată în marile masse de substanţă nervoasă a măduvei şi bazei creerului, printr'un fel de înmunitate naturală a acestora (hypoteză emisă deja de *Gougerot şi Salin* în 1910), care s'ar opune ca o barieră trecerei infecţiunei dintr'o parte în cealaltă a ganglionilor heterolaterali (caracterul de unilateralitate al zonei).

In afară de aceste două căi nervoase de expansiune a infecţiunei zosteriene: în sus spre protuberanţă şi măduvă, şi lateral, prin intermediul ramurilor anastomotice, spre trunchiurile nervilor vecini şi ganglionii acestora, — îi mai rămâne o cale descendentă dealungul firelor sensitive spre piele sau mucoase.

In această cale se pare că nu i se opun prea mari piedici infecţiunei zosteriene, putând ajunge în trunchiurile masiv infectate chiar până în derm, unde cu ajutorul turburărilor vaso-motorii, care precede erupţiunea, produse prin intervenţia simpaticului radicular, parvine să producă erupţia veziculoasă. *(André Thomas, Sicard* şi alţii au găsit leziuni asemănătoare celor din ganglionii sensitivi şi în ganglionii şi firele simpaticului).

In modul acesta se explică prezenţa virusului în serozitatea veziculelor erupţiei, caracterul unilateral al zonei, asocierea leziunilor motrice şi concomitenţa leziunilor a mai multor ganglioni vecini, precum şi rezultatul paradoxal al experienţei D-lui Profesor *Marinescu şi D-r. Drăgănescu* de inoculare într'un loc şi de apariţia erupţiei în altă regiune, după un interval de incubaţie.

Apoi această hypoteză patogenică mai poate explica de ce în unele cazuri de zona auriculară, paralizia facială sau turburările auditive pot să preceadă erupţia, sau de ce în unele zone fruste să lipsească erupţia şi să se manifeste numai prin paralizia facială.

Faptul că erupţia veziculoasă de cele mai multe ori se produce numai într'un teritoriu radicular, de exemplu numai în cel al ganglionului geniculat, deşi clinicește şi anatomo-patologic se dovedesc a fi prinşi mai mulţi ganglioni, s'ar explica prin virulenţa variabilă a virusului, prin barierele ce i s'ar opune în trunchiurile celorlalţi nervi, în afară de cel în care s'a exteriorizat şi care reprezintă *medium optim*, — şi afară de acestea toate, nu sunt prea rare cazurile de erupţii multiple concomitente în diverse teritorii radiculare. Nu trebue să ne surprindă că în zonele asociate, de

exemplu a nervilor cranieni, unii din aceştia sunt cruţaţi, sărindu-se peste ei la ceilalţi vecini. In primul rând am spus că propagarea infecţiunei se face prin intermediul anastomozelor nervoase, ori acestea sunt supuse la numeroase variaţiuni individuale. Apoi infecţiunea zosteriană nu este una prea propice organismului uman, acesta prezentând un oarecare grad de inmunitate naturală, ca probă: raritatea acestor infecţiuni, cari probabil cer anumite condiţiuni predispozante, generale sau locale, — şi extrem de rarele cazuri, de recidivă a zonei; aşa că vedem că este uşor de admis că anumiţi ganglioni sau trunchiuri nervoase se bucură de o inmunitate naturală, care se opune expansiunei infecţiunei şi graţie căreia virulenţa se istoveşte repede.

In ce priveşte *patogenia paraliziei faciale* în zona auriculară, autorii clasici admiteau o ipoteză mecanică, prin care se susţinea că paralizia nervului facial se producea prin comprimarea acestuia (în canalul osos inextensibil al lui Fallope) de către ganglionul geniculat hyperemiat şi tumefiat. Astăzi însă părerea aproape unanimă este că paralizia facialului se datoreşte tot infecţiunei zosteriene, care se extinde din ganglionul geniculat în nervul facial. Dealtfel, dacă hypoteza mecanică ar fi cea adevărată, cum s'ar putea explica paraliziile motorii ale glosso-faringianului şi ale pneumogastricului din cursul zonei acestor nervi?

Turburările auditive şi vertiginoase se explică prin expansiunea aceleiaşi infecţiuni în nervii cochlear şi vestibular prin intermediul anastomozei dintre intermediarul lui Wrisberg şi VIII-a pereche, şi probabil prin mijlocirea tecei meningeale comună acestor nervi. Unii autori susţin că infecţiunea cuprinde chiar ganglionii lui Scarpa şi a lui Corti, alţii însă pun aceste simptome labirintice numai pe seama turburărilor simpatico-vasculare provocate de infecţiunea zosteriană.

Digitized by Romanian Academy of Medical Sciences

DIAGNOSTICUL.

Diagnosticul de zona auriculară este relativ uşor, când se întâlneşte fascicolul simptomatic caracteristic: otalgia, erupţia veziculoasă din zona lui Ramsy-Hunt şi paralizia facială. Insă devine foarte greu atunci când se observă numai câte două sau chiar un singur element izolat, ca de exemplu: otalgia şi paralizia facială, sau otalgia şi turburări acustice şi de echilibru, ori numai erupţia linguală izolată.

In aceste cazuri spinoase trebuesc căutate cu multă atenţiune elementele eruptive din concha urechei externe, caracterul duréros al paraliziei faciale, simptomele de debut ale boalei cât şi evoluţia ei ulterioară. Iar în cazurile dificile nu trebue să ezităm de a face puncţia lombară, care în multe cazuri este decisivă.

Elementul simptomatic care se pare a fi cel mai caracteristic, *erupţia veziculoasă* din urechea externă, se împiedecă şi el de multe greutăţi de diagnostic. In această direcţiune vom ţine seamă în primul rând de unilateralitatea sa, apoi de intensitatea durerilor de ureche ce o însoţesc şi de caracterul lor de arsură (cauzalgic).

In *herpesul* simplu, banal în care veziculele sunt perfect asemănătoare cu cele ale zonei, vom ţine seamă de faptul că erupţia nu respectă zona radiculară a lui Ramsay-Hunt, ci este mult mai difuză, durerile care o însoţesc sunt neglijabile şi este supusă la recidive frecvente, care fapt se poate stabili la interogatoriul bolnavului.

Se poate face diagnosticul diferenţial uneori şi cu unele *eczeme* ale conchei în perioada de erupţie veziculoasă, sau cu o *dermită impetiginoasă.*

Dar mai frecvent se va confunda cu *erisipelul pavilionului,* cu *otita externă furunculoasă* şi mai ales cu *otita medie supurată acută.*

Roşeaţa însoţită uneori de edemaţierea urechei externe şi a conductului, întovărăşită de febră intensă şi dureri locale pot determina pe practician să facă un diagnostic mai frecvent, dar eronat. Apoi uşoara zemuire a glandelor din conductul auditiv îngustat, uneori face dificilă aprecierea aspectului timpanului. Iar când acesta ia parte la hyperemia conductului, uşor suntem înclinaţi a crede că avem de aface cu o banală otită medie acută, pe care unii se vor grăbi să o paracentezeze, mai ales când fenomene grave, generale, o însoţesc. Căci într'adevăr *oto-mastoidita supurată acută* are câteva elemente simptomatice comune cu zona auriculară: otalgia intensă, febra mare, edemul dureros al regiunii mastoidiene, roşaţa timpanului, la care, când se adaugă paralizia facială şi turburările vestibulo-cochleare ne sileşte în primul moment la erori de diagnostic, cum cred că s'a produs şi în cazurile: lui *Battesta* din Roma, a lui *Guillermin şi Migayron* din Lyon, ca şi a confratelui nostru *N. Popa.*

In cazul lui *Battesta,* zona auriculară ar fi apărut după trepanaţia mastoidei, iar în celelalte două, fenomenele locale au determinat paracentizarea timpanului, care a dus apoi la infecţia mastoidei şi trepanaţia acesteia. Noi credem că zona auriculară prin modificările vaso-motorii locale prepară un teren foarte propice unei infecţiuni banale, care este facilitată şi de paracenteza intempestivă a timpanului.

Deoarece zona şi supuraţia cavităţilor auriculare după părerea noastră sunt independente una de alta, cu atât mai mult cu cât la începutul boalei radiografia mastoidei şi leucocitoza sanguină arătau în toate trei cazurile sus citate absenţa unui focar supurativ.

Cât priveşte *diagnosticul paraliziei faciale zosteriene,* credem că nu prezintă dificultate decât în absenţa erupţiei veziculoase şi a turburărilor de audiţie şi echilibru. După cum am arătat, *Souques* pune mare valoare pe elementul durere, de care este însoţită de obicei paralizia. Deaceea în interogatoriul bolnavului vom insista în această direcţiune, căutând să descoperim dacă nu cumva paralizia facială a fost însoţită de otalgie, cel puţin la început.

Apoi vom examina cu amănunţime pielea urechei externe şi a conductului auditiv ca să vedem dacă nu mai există vre-o

veziculă, crustă sau depigmentarea caracteristică. Deasemeni vom examina stâlpul anterior al amigdalei şi mai ales mucoasa linguală dinaintea V-lui lingual.

Mult mai dificil este diagnosticul în cazurile în care paralizia facială precede erupţia. De aceea în toate cazurile de paralizii faciale, foarte recente, este bine să ţinem în suspensie diagnosticul etiologic câteva zile, în care vom examina zilnic urechea.

Iar în cazurile de *zona cu paralizia facialului asociată cu aceea a cochlearului şi a vestibularului* vom fi înclinaţi să credem că avem de a face cu o *leziune sifilitică*. Această etiologie se poate înlătura prin sero-reacţiunea Wassermann, cât şi printr'un tratament de probă, în cazurile dubioase.

In cazurile de *nevralgii auriculare persistente*, uşor de confundat cu nevralgiile faciale ale trigemenului se va face diagnosticul diferenţial prin examenul anamnezic, prin preciziunea localizărei nevralgiei şi prin examenul cytologic al lichidului cefalo-rachidian, a cărui limfocitoză caracteristică poate persista multă vreme, în unele cazuri.

Diagnosticul diferenţial al zonei auriculare va mai trebui să-l facem uneori cu *meningita acută* sau *labirinto-meningita otogenă*, după cum am arătat că a fost cazul în cele două observaţiuni ale noastre.

In privinţa diagnosticului zonei linguale este necesar să insistăm ceva mai mult.

Zona linguală poate să se prezinte sub diferite aspecte al căror diagnostic etiologic mai ales este de multe ori greu de făcut, bine înţeles în formele fruste, de zonă linguală izolată fără erupţie cutanată. Mai întâi veziculele dispar foarte repede, uneori în câteva ore, lăsând în urma lor numai câteva mici ulceraţiuni, care de cele mai multe ori se confundă cu ulceraţiunile aftoase sau cu cele herpetice *(faringita herpetică)* când sunt mai evidente pe vălul palatin sau stâlpul anterior al amigdalei. Ulceraţiile zosteriene se diferenţiază de cele herpetice, în primul rând, prin unilateralitatea lor: numai o jumătate de limbă este prinsă.

Din punct de vedere topografic ulceraţiile zonatoase se pot întâlni în diferite regiuni ale mucoasei bucale, după trunchiul nervos care e infectat. Fiindcă, după cum am menţionat în alt capitol, ulceraţii de această natură se pot întâlni atât în zona auriculară, cât şi în cea a nervului maxilar inferior, ori mai rar a nervului gloso-faringian.

In zona *auriculară* ulceraţiile se găsesc în regiunea latero-anterioară a V-lui lingual şi stâlpul anterior al amigdalei corespunzătoare.

In zona nervului *maxilar inferior* ulceraţiile se găsesc pe acelaş teritoriu de mai sus (coarda timpanului a facialului anastomozându-se cu ramura linguală a nervului maxilar inferior inervează acelaş teritoriu), în plus se mai observă pe vălul palatin, mucoasa gingivală şi uneori chiar bucală (observaţiile lui *Ramond şi Poirault, L. Leroux*, etc).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In zona nervului *gloso-faringian* ulceraţiile sunt limitate numai la mucoasa lingulă dindărătul V-lui lingual, stâlpi, amigdală şi 1/2 corespunzătoare a vălului palatin. De multe ori se întovărăşesc şi de hemipareza muşchilor constrictori ai faringelui şi a vălului palatin.

După *Louis Leroux* în mod practic diagnosticul diferenţial în zona lingulă izolată trebue să se facă numai între cea a ganglionului lui Arnold (n. maxilar inferior) şi aceia a ganglionului geniculat (n. facial), ambele având aproape acelaş teritoriu lingual (regiunea latero-anterioară V-lui lingual); şi anume: în *zona lingulă de origină geniculată* (auriculară) ulceraţiile sunt *nedureroase* se întovărăşesc adeseori de aguesie (turburări gustative în 1/2 corespunzătoare a limbei) şi de simptome aparţinând zonei auriculare (paralizia facială de ex.); pe când *zona lingulă de origină maxilară* (ganglionul Arnold) este prin excelenţă *dureroasă*, fiind însoţită de nevralgii foarte vii ale limbei (glosodinii) pentru care singur simptom vine de cele mai multe ori bolnavul să se arate medicului. In cazuri de zona auriculară evidente *L. Leroux* face diagnosticul de infecţiune asociată şi a ganglionului lui Arnold, bazându-se numai pe caracterul nevralgic al zonei linguale.

PROGNOSTICUL.

In general e bun. Atât erupţia cutanată şi lingulă, cât şi turburările de echilibru şi audiţie dispar în câteva zile (10 în mijlociu). *Paralizia facială* însă de obicei se vindecă mai greu. Uneori poate dura 6 luni sau chiar 2 ani fără nici-o modificare *(Dan Mackenzie)*. In cazuri rare când *turburările acustice* sunt profunde şi durează mult, pronosticul poate să fie rău în privinţa auzului. Deasemeni în cazuri excepţionale *durerile* auriculare pot perzista multă vreme după stingerea oricărui fenomen acut.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TRATAMENTUL.

Din cauza necunoaşterei agentului patogen al infecţiunei zosteriene suntem lipsiţi de un tratament specific. Ne limităm numai la tratamente locale şi generale paliative.

Local vom evita infecţiunile secundare prin pansamente uscate, prin diferite pudre sau pomezi, care vor contribui în oarecare măsură şi la uşurarea durerilor.

Acestea din urmă se vor combate prin diferite analgezice obişnuite, diatermie şi raze infraroşii locale. Clasic se mai recomandă ca medicaţiune internă arsenicul şi fosforul.

In timpul din urmă a apărut un vaccin special numit *„staprolisat"* care ar fi un „autolisat neurotropic" de stafilococi B şi B prodigiosus *(Waldemir Salem)*. Dar până în prezent nu cunoaştem care ar fi rezultatul obţinut prin acest tratament de şoc.

In privinţa *paraliziei faciale*, dacă nu trece fără nici un tratament, trebue să aşteptăm mai multe săptămâni înainte de a face orice încercare de tratament electric *(Dan Mackenzie)*.

Iar în caz de *dureri persistente* sub formă de nevralgii se vor încerca punctiile lombare repetate, radioterapia sau actinoterapia. In cazurile rebele s'a recurs şi la metode neuro-chirurgicale destul de dificile, având de scop extirparea ganglionului geniculat.

BIBLIOGRAFIE

Ch. Achard: Pathogénie de l'herpès et du zona. (Paris Medical, 1924). — **E. Baudouin:** Le système sensitif du nerf facial. (Gaz. Hôp., 1921). — **Bar:** Considérations au sujet d'un cas d'herpès zoster cervico-facial. (Annales de O.-L., 1927). —. **A. Bloch:** Le zona des 7-e et 8-e paires craniennes. (Annales d'Oto-laryngologie, 1923). — **R. Bertoin:** Le zona auriculaire. Journal de Médecine de Lyon, 1924). — **H. Claude:** Maladies du système nerveux. Bibliothèque Gilbert & Fournier. — **Guillermin et Migayron:** Zona otitique et oto-mastoïdite aigue. (Société de Oto-Rino-Laringologie de Lyon, 1932). — **A. Güttich:** Uber die Aetiologie des Herpes Zoster oticus. (Schäfer-Passows Beitr., 1922. — **Hunt Ramsay:** On herpetic inflamations of the geniculate ganglion. A new syndrome and its complicatings. (Journ. of nerv, and ment. diseases, 1907). — **Hunt Ramsay:** A further contribution to the herpetic inflamations of the geniculate ganglion. (Am. j. of med. Sc., 1908). — **Hunt Ramsay:** The sensory system of the facial nerve and its simptomatology. (Journ. of nerv and ment. diseases, 1909). — **L. Haymann:** Uber Zostererkrankungen im Ohrgebiet mit besonderer Berücksichtigung des von Körner Zoster oticus bezeichneten Symptomen-komplexes. (Zeit f. Hals-Nasen u. Ohrerkrankungen, 1922). — **L. Leroux:** Le zona lingual. (Annales d'oto-laringologie, 1930). — **Dan Mackenzie:** La paralysie faciale. (Monogrfies O. R. L. No. 5). — **G. Marinesco et St. Draganesco:** Contribution à la pathogénie et à la physiologie pathologique du zona Zoster. (Revue Neurologique, 1923). — **G. Marinesco et St. Draganesco:** Nouvelles contributions à la pathogénie et physiologie du zona Zoster. (Presse Médicale, 1927). — **B. Oertel:** Herpes Zoster în Handbuch der Hals, Nasenohrenshelkunde a lui Denker şi Kahler, volumul 7. — **Politzer** citat în lucrarea lui B. Oertel. — **E. Pollak:** Die herpetischen Erkrankungen des Ohres mit und ohne Mitbeteiligung anderer Hirnnerveh, in Handbuch der Neurologie des Ohres a lui Alexander und Marburg, volumul II, partea 1-a, 1928. — **N. Popa:** Un caz de zona auriculară cu paralizie facială. Comunicare la Congresul român de O. R. L. din 1934. — **Ramadier et Perier:** Contribution à l'étude du zona otitique. X-e Congrès International d'oto-rino-laringologie, 1922 şi în Annales d'oto-rino-laringologie, 1922. **Ramond et Poirault:** Zona avec paralysie faciale: troubles trophiques et sensitifs de la muqueuse linguale. — Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, Mai 1924. — **Reverchon et Worms:** Zona otitique. (Les Annales d'oto-laringologie, 1924). — **Sicard, Roger et Vernet:** Zonas de la face. (Revue neurol., 1922). — **Souques:** Paralysie faciale périphérique et zona latent de l'oreille. (Revue neurolog., 1922). — **Waldemir Salem:** Aspects cliniques du zona en oto-rino-laringologie. (Annales d'oto-laryngologie, 1936).

Docent D-r V. FOTIADE: *Zona auriculaire.*

C'est une infection spécifique zostérienne du ganglion géniculé, qui se manifeste cliniquement par des douleurs et par une éruption vésiculeuse localisées dans l'oreille externe: la conque et le conduit auditif externe (la zone de Ramsay Hunt).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L'étude de cette maladie a beaucoup contribué à l'établissement de l'inervation sensitive de l'oreille externe et à la modification de l'ancienne conception concernant la physiologie du nerf facial. A présent le nerf facial est considéré un nerf mixte à deux racines: motrice et sensitive (l'intermediaire de Wrisberg avec son ganglion geniculé).

D'après Ramsay Hunt le zona auriculaire peut se présenter sous quatre types cliniques: 1) *le zona auriculaire simple* caracterisé seulement par l'otalgie et l'éruption; 2) *le zona auriculaire avec paralysie faciale*, plus fréquent; 3) *le zona auriculaire avec prralysie faciale et troubles auditifs et de l'équilibration;* 4) *le zona du ganglion geniculé associé à des zonas des autres ganglions craniens ou cervicaux* (trijumeaux, glosso-phryngien, pneumogastrique, 2-e et 3-e nerfs cervicaux).

Cette classification tient compte seulement de symptômes nerveux dans la mesure de l'extension de l'infection zostérienne. L'auteur propose encore une classification clinique: d'après la prédominance d'un symptôme (la *forme mèningitique)* d'après la gravité de la maladie (la *forme hemorragique, gangreneuse)* et après l'absence de quelques symptômes (les *formes frustes).* A l'appui de la forme oto-méningitique proposée par l'auteur, sont exposées deux observations personnelles. Après celà on passe à *l'anatomie pathologique* et à la *pathogénie* du zona auriculaire. On explique la pathogénie de la paralysie faciale et des troubles de la 8-e paire cranienne, et pourquoi dans quelques cas de zonas auriculaires la paralysie faciale ou les troubles auditifs et de l'équilibre peuvent précéder l'éruption vésiculeuse, ou pour quelle raison dans quelques formes frustes l'éruption peut faire défaut.

Dans le chapitre du *diagnostic* l'auteur insiste sur les erreurs qu'on peut faire en confondant le zona auriculaire avec l'oto-mastöidite aiguë et la méningite; et sur le diagnostic de la paralysie faciale isolée. En ce qui concerne le zona lingual on fait le diagnostic differentiel entre celui dû au zona du ganglion géniculé, au zona du nerf maxïlaire inférieur et au zona du nert glossopharyngen.

L'auteur finit par l'exposition du *prognostic* et du *traitement* de cette maladie.

Docente Dott. V. FOTIADE: *Zona auricolare.*

Anatomo-patologico è una infezione specifica zosteriana del ganglio geni colato e clinicamente si manifesta con dolori ed eruzione vescicolosa, localizate nell'orecchio esterno: la conca edilcondotto auditivo (l'aria cutanata di Ramsay Hunt).

Lo studio di questa malattia ha contribuito in grande misura a stabilire l'inervazione sensitiva dell'orecchio esterno ed al cambiamento della vecchia concezione in quanto rignarda la fisiologia del neuro facciale. Oggi il nervo facciale è considerato un nervs misto con due radici: una motrice e l'altra sensitiva (l'intermediario Wrisberg conilganglio genicolato).

Secondo Ramsay Hunt, la zona auricolare si puo presentare sotto quattro forme: 1° *Zona semplice* i cui sintomi si riducono all'otalgia ed eruzione vescicosa; 2° *Zona del ganglio genicolato complicata con paralisi facciale,* che è la piu fréquente; 3° *Zona auricolare, complicata con paralisi facciale e perturbazioni auditive e di equilibrio;* 4 *Zona g. genicolato associata con la zona di altri ganglicranici o cervicali.* (Trigemene, gloso-faringiano, pneumo-gastrico, la II-a o III-a pariglia cervicale).

La presente classifica tiene conto solo dei sintomi nervosi nella misura dell'estendersi dell'infezione zosteriana. L'autore propone anche una classifica clinica, secondo il predominio di un dato simtomo (forma meningitica), secondo la gravità del male (forma emorragica, gangrenosa), ed in base alla mancanza di certi sintomi (forme fruste). A sostegno della forma oto-meningitica proposta, l'autore espone altresi due osservazioni personali.

Luindi passa all'*anatomia patologica* ed alla *patogenia* della zona auricolare; spiega la patogenia della paralisi facciale e delle perturbazioni dell' 8-a pariglia cranica, ed'il perchè in certi casi di zona auricolare, di paralisi facciale o di perturbasioni auditive e di equilibrio, pcos precedere l'eruzione vescicolosa oppuse il perchè in certe forme fruste può mancare l'eruzione.

Nel capitolo della diagnosi, l'autore insiste suglierrori che si possono commettere, confondendosi la zona auricolare, specialmente con la oto-mastoidite acuta o meningite; e circa la diagnosi della paralisi facciale zosteriana isolata.

Circa la zona linguale, fa la diagnosi differenziale fra quella dovuta alla zona auricolare alla zona del nervo della mascella inferiore ed a quella del nervo gloso-faringiano.

L'autore conchide con l'espositione del pronostico e dei mezzi di cura di questa malattia.

Dozent D-r V. FOTIADE: *Herpes Zoster des Ohres.*

Anatomo-patologisch ist es eine spezifische zosterische Infektion des Ganglion geniculi, und klinisch äussert sie sich durch Schmerzen und blasenförmiger Ausschlag im äusseren Ohr: choncha und Meatus acusticus externus (das Hamtgebiet von Ramsay-Hunt). Das Studium dieser Krankheit hat im grossem Masse zur Feststellung der senzitiven Inervation des äusseren Ohres, und zur Änderung des alten Begriffes bettrefend die Fisiologie des Nerven Facialis, beigetragen. Heute wird, der nerv Facialis, als ein mixter nerv betrachtet, der zwei Wurzeln bezitzt: eine motore und eine senzitive (Intermedius von Wrisberg). Nach Ramsay-Hunt kann Zona des Ohres unter vier Formen auftreten: 1) *Einfachezona* deren Simptome sich auf Otalgie (Ohrschmerzen) und blasenförmiger Ausschlag beschränken. 2) *Zona des ganglions geniculi* compliziert mit Lähmung des Facials, welche die gewöhnlichste Form ist. 3) *Zona des Ohres* compliziert mit Lähmung des Facialis und mit Gehör und Gleichgewichtsstörungen. 4) Zona des Ganglion geniculi verbunden mit zona anderer Hirn oder Cervicalganglien (Trigeminus, Glossopharingeus, Vagus, II od. III Cervicalpaar. Diese Einteilung zieht nur die nervösen Simptome in Betracht so weit sie in der zosterischen Infektion vorkommen.

Der Verfasser schlägt auch eine klinische Einteilung vor durch das Vorliegen eines Simptoms *(Meningitische Form)*, durch die gravität der Krankheit (hemoragische gangrenose Form) und durch das Fehlen einer Simptome (unausgebildete Formen). Zur Unterstützung der oto-meningitischen Form die, der Verfasser vorschlägt, zeigt er zwei persönliche Beobachtungen. Dann geht er für *Anatomo-Pathologie* und *Pathogenese* der Zona des Ohres über. Er erklärt die Pathogenese der Facialislähmung und der Störungen des achten Hirnnervenpaares; und warum in einigen Fällen von zona Oticus die Lähmung des Facialis oder die Storungen des Gehörs und des Gleichgewichtes dem blasenförmigen Ausschlag vorausgehen, oder warum in einigen verwischten Formen der Ausschlag fehlen kann. Im Capitol «*Diagnoze*» macht de Verfasser erstens auf die Fehler aufmerksam, die gemachtwerden können, indem man, die Zona des Ohres mit der Oto-Mastoiditis acuta und der Hirnhaut-entzündung verwechselt, und zweitens macht er auf die Diagnoze der vereinzelten Lähmung des Facialis, durch Zona aufmerksam. In was es die zona der Zunge betrifft macht er die Unterscheidungs-Diagnoze zwischen, jener, die der Zona des Ohres, der Zona des Nerven mandibularis und der Zona des nerven glossopharingeus angehört. Der Verfasser schliesst durch die Darstellung der *Prognose* und der Behandlung dieser Krankheit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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.

CATEVA DATE ASUPRA STRUCTUREI ŞI FIZIOLOGIEI MUCOASEI STOMACALE *)

de

Docent D-r A. HAGI-PARASCHIV

Docent la Facultatea de Medicină din Bucureşti.

Mucoasa gastrică este un organ glandular cu dublă funcţiune: una exocrină, cunoscută de multă vreme şi alta endocrină — hormonală — a cărei existenţă reese din cercetările ultimilor ani.

Expunerea de faţă arată datele structurale şi cercetările ideologice doveditoare ale funcţiunilor multiple ale mucoasei gastrice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Datele fundamentale ale structurii şi funcţiunilor mucoasei gastrice sunt de mult stabilite, în ultimul timp însă s'au adăugat atât de multe date noui, încât o revedere a chestiunei merită tot interesul, atât din punct de vedere teoretic cât şi prin însemnătatea ce poate avea în terapeutica medicală şi chirurgicală a afecţiunilor gastrice.

Stomacul, ca orice organ cavitar, este constituit din o serie de tunici ce se acoperă succesiv. Tunica mucoasă, cea mai internă, cuprinde un epiteliu învelitor, o serie de glande şi un ţesut conjunctiv special, în care se află cufundate aceste glande, numit chorion.

Privind cu ochii liberi suprafaţa mucoasei şi secţiunea sa se remarcă cu uşurinţă mari deosebiri de aspect ale diferitelor regiuni stomacale. Grosimea cea mai mare a mucoasei o găsim la nivelul pilorului şi regiunei fundice, unde măsoară 2 mm. Cea mai subţire grosime se găseşte la nivelul pungii cu aer unde măsoară abea 0,5 mm. Deasemeni cu ochii liberi observăm repliurile mucoasei, destul de anastomozate, cu direcţiune generală dela cardia la pilor, mai înalte şi reliefate în regiunea fundică şi a antrului, lăsând şanţuri între ele cu adâncimi variabile, în cari pătrunde emulsiunea opacă în examenul radiologic, dând aspectul cunoscut astăzi de radiologii moderni sub numele de profilul mucoasei gastrice.

Epitelul superficial, ce căptuşeşte toată suprafaţa stomacului, este constituit din celule cilindrice secretoare de mucus. Cercetând aceste

*) Expunere făcută în cadrul coloquiurilor ţinute de Asoc. Docenţilor de la Fac. de Medicină din Bucureşti, 2 Aprilie 1937.

celule, se observă că nucleul este împins la bază, având o protoplasmă granuloasă în jur, care conţine toate atributele procesului de secreţiune: ergastoplasmă, chondriom, vacuom şi care asigură o continuă producere de mucus. Acesta se adună într'o cupă închisă, la polul apical. Elaborarea acestui produs este continuă ca şi excreţiunea sa. Prin aceasta, se deosebesc aceste celule mucoase de similarele lor din alte organe.

Aceste celule mucoase se găsesc în toată scara vertebratelor, având rolul de a proteja mucoasa de autodigestie. In adevăr, după cercetările lui Von Klug, produsul secretat — **Mucina** — are puterea de a absorbi fermenţii digestivi, oprind acţiunea lor vătămătoare.

Maurice Loeper şi René Foa au arătat că secţiunea vagului aduce accentuarea activităţii celulelor mucoase şi creşterea mucusului secretat. După injecţia de atropină mucusul creşte enorm, mai ales în caz de dispepsie hiperclorhidrică, astfel că vagul apare ca un inhibitor al secreţiei mucusului şi leucopedezei gastrice, şi ca un excitant clorhidro-peptic.

Pe cât de omogenă este această învelitoare a stomacului, pe atât de deosebit este aspectul **glandelor stomacale**, dupe regiunea considerată. In primul rând trebue să spun că regiunea cardiei şi a antropilorului prezintă glande ce se apropie mult ca structură cu cele din segmentele învecinate ale tubului digestiv, cu esofagul sau duodenul. Regiunea fundică singură prezintă glandele cele mai caracteristice ale stomacului.

Se cunoştea de multă vreme datele structurale şi compoziţia celulară a glandelor stomacale, pe care o voi aminti îndată. Ceeace nu cunoşteam prea bine până acum câtva timp, era delimitarea exactă a diferitelor zone cunoscute sub numele de regiunea antropilorică, fundică sau cardială. Cum structura diferitelor regiuni este în raport cu funcţiunea, voi arăta mai întâi mijlocul, găsit relativ recent de şcoala Prof. Letiche prin Brenckmann, pentru a delimita aceste regiuni. Această delimitare are o importanţă enormă în înţelegerea multor date de patologie şi în fixarea normelor chirurgicale.

Se ştia că stomacul secretă HCl; se ştia precis care regiune secretă mai mult, dar nu ştiam cari regiuni sunt complect alcaline. Pentru a pune în evidenţă secreţia accidului clorhidric de către mucoasa gastrică, Claude Bernard imaginase o metodă compusă din injectarea intravenoasă, succesivă, la un iepure în digestie, de lactat de fier şi de ferocyanur de potasiu, cari erau excretate la nivelul mucoasei gastrice secretoare de acid clorhidric sub forma de albastru de Prusia (ferocyanur de fier). Acesta colora în albastru mucoasa gastrică, destul de difuz.

Modificând această metodă, Brenckmann şi Desloyers reuşesc să dea un mijloc practic de cercetare. Se descompune ferocyanurul feric (albastru de Prusia) prin KOH, producându-se hidroxid de fier şi ferocyanur de potasiu, amestec ce este de culoare brună. Cu soluţiunea făcută din acest amestec se badijonează într'un strat subţire mucoasa gastrică la un câine în timpul digestiei, după ce se secţionează stomacul pe marea curbură, astfel că vasele şi nervii să rămână intacţi.

Se produce o coloare albastră a mucoasei numai în regiunile ce elaborează HCl. In regiunile cari nu secretă acest acid, suprafaţa badijonată rămâne de o culoare cafenie.

S'a putut astfel observa trei regiuni principale pe suprafaţa stomacului. Prima în jurul pilorului, care rămâne cafenie şi care cuprinde pilorul şi antrul piloric. După cercetările istologice ale lui Debeyre făcute pe supliciaţi, *această regiune se întinde spre mica curbură* până la mai bine din jumătatea ei (4,5 cm. din 8 cm.), iar pe marea curbură se ridică până la 4 cm. dela pilor.

O a doua zonă este cea numită fundică, ce se colorează intens în *albastru în centrul său — aşa zisul fund mijlociu — prezentând* o zonă de tranziţie între antrul piloric şi acest fund propriu zis, ce se colorează uşor în albastru, şi regiunea pungii de aer care se colorează pe alocurea în albastru pe un fond brun.

In fine zona cardiei, care este în întregime brună, cuprinde o largă zonă în jurul orificiului.

In aceste zone, diferite din punct de vedere funcţional, s'a găsit că şi glandele prezintă structuri variabile. S'au putut studia glandele chiar pe piesele recoltate după badijionarea indicată.

In regiunea fundică propriu zis, sau fundul mijlociu, glandele sunt în formă de tubi lungi, strânşi unul de altul, deschizându-se câte 2—4 într'o adâncătură a mucoasei, cunoscută sub numele de criptă mucoasă. Aceste glande prezintă o porţiune subţiată numită gât şi o porţiune profundă. Şi una şi alta, prezintă din punct de vedere structural un epiteliu constituit din cele două feluri de celule descrise de multă vreme de către Rollet şi Heidenhaim sub numele de celule principale (adelomorfe) şi celule marginale (delomorfe).

Celulele principale au un contur puţin precis şi prezintă o structură variabilă după stadiul său funcţional. In timpul digestiei ele sunt aproape clare, încărcându-se cu granulaţiuni când stomacul este à jeun. Aceasta a făcut pe Lim şi Ma, pe Brenckmann şi pe alţi autori să admită existenţa unui ciclu evolutiv în aceste celule. Produsul elaborat în timpul intermediar digestiilor este eliminat în momentul pătrunderii alimentelor în stomac. Această secreţiune nu este uniformă în tot lungul tubului glandular, ci este accentuată în segmentul proximal al tubului, fundul de sac rămânând în repaus permanent. Este un fenomen asemănător cu cel observat în celulele din lobulul hepatic de către Noel.

Celulele marginale (delomorfe) se prezintă sub aspectul de celule ovalare aşezate mai aproape de peretele propriu al glandei, pe care îl deformează, făcându-l boselat. Se găsesc mai numeroase în regiunea gâtului, fiind totuşi destul de numeroase şi în fundul tubului. Prezintă un nucleu central şi protoplasmă granuloasă, colorabilă cu coloranţii acizi. Prin impregnări s'a pus în evidenţă un aparat canalicular ce s'ar putea urmări până în lumenul glandelor; aceste canale devin mai evidente în timpul digestiunei.

Aceste celule ar secreta un produs care în contact cu un ferment dat de celulele principale, ar elibera accidul chlorhidric. In adevăr acesta nu poate fi pus în evidenţă prin mijloacele histo-chimice decât la nivelul gâtului glandelor.

In fundul acestor glande s'au găsit de către regretatul meu Maestru, Profesorul Teohari, spirili numeroşi, ce trăesc în o adevărată simbioză cu organismul al căror rol patologic nu s'a putut încă stabili precis. Prezenţa lor numai în fundul glandelor arată odată mai mult că aciditatea lipseşte la acest nivel, existând numai la suprafaţă, unde spirilii nu pot trăi.

Zonele situate de o parte şi alta a fundului mijlociu prezintă structuri variate corespunzătoare funcţiunilor lor.

In regiunea pungei cu aer, tubii glandulari sunt mai scurţi, mai distanţaţi, iar în compunerea lor intră aceleaşi celule glandulare. Criptele mucoase cu segmentul intermediar şi gâtul glandelor ocupă mai mult de jumătate din lungimea glandelor. După cum a arătat Brenckmann, celulele principale din aceste glande sunt în majoritate, sunt pline de granulaţiuni de secreţiune în glandele à jeun, rămânând încărcate însă şi în timpul digestiunei, ceeace ne arată că nu intră în funcţiune, ci stau în repaos permanent. Celulele marginale sunt mult mai puţin numeroase.

De altfel vascularizaţia acestei regiuni este mult redusă în comparaţie cu regiunea fundului mijlociu, ceeace arată funcţiunea redusă a acestei porţiuni a stomacului, care de altfel nici nu ia contact prea intim cu alimentele. De altfel Deloyers pe altă cale, a arătat că această porţiune nu secretă nici HCl nici pepsină.

In regiunea intermediară, dintre antrul piloric şi fundul mijlociu, găsim pe o lărgime de 1—3 cm. glandele cu un aspect asemănător cu cele din regiunea pungei de aer, având atât la nivelul gâtului cât şi în fundul glandelor celulele principale lipsite de grăunţe de secreţiune în tot timpul. Prin aceasta aceste celule se aseamănă cu celulele din glandele pilorice, dar mai ales cu celulele principale din gâtul glandelor — celule mucipare după Brenckmann. Celulele marginale au un aspect asemănător cu cele din regiunea fundică, sunt în număr destul de mare şi cum în această regiune se produce o coloraţie albastră după aplicarea metodei lui Brenckmann, am avea prin aceasta o probă în plus că acidul clorhidric este secretat de aceste celule marginale. Deci, această regiune intermediară secretă numai acid clorhidric.

Toate aceste date structurale au fost confirmate în cercetările lui Brenckmann şi după injecţiile de hystamină, la animalele cărora li s'a aplicat badijonajul indicat, producându-se o masivă secreţiune pe toată mucoasa gastrică. Când procesul de secreţiune era mai activ s'a găsit că celulele situate mai în profunzimea glandelor intrau şi ele în activitate. Prin această metodă s'a putut vedea de asemenea că regiunea activă a fundului, la animalele tinere, se reduce la mici zone din preajma micii curburi, restul rămânând în rezervă.

Stomacul pisicilor noui născute, cari au început a suge, are o regiune fundică cu secreţiune acidă. Stomacul embrionului de cobai, la termen, nu secretă nici acid, nici labferment, chiar după injecţia de hystamină făcută mamei (se produce totuşi o vaso-dilataţie gastrică).

Trecând acum la glandele din regiunea pilorică, ele au un lumen mai larg, sunt mai încolăcite şi sunt constituite dintr'un singur fel de celule, amintind celulele mucoase sau cele principale descrise, lipsite

însă de faza de secreţie. După Laroche aceste celule ar fi simple glande mucoase asemănătoare cu cele ale lui Brunner din duoden şi ar secreta produsul necesar lubrefierii bolului alimentar pentru a trece prin pilor.

In fundul tubilor glandulari s'au descris celule cromafine sau argentafine, cari de altfel se găsesc şi în glandele fundice. Sunt celule mici, granuloase, cu afinitate pentru sărurile de crom sau oxidul de argint amoniacal. Insemnătatea lor a dat loc la multe ipoteze şi este încă în cercetare.

Pe alocurea în mucoasa gastrică s'a semnalat glande de tip Brunner sau Lieberkühn. Prezenţa acestora nu este constantă, ar fi găsită mai ales în cazuri patologice, când sub influenţe favorabile, celulele embrionare primitive ar evolua către tipul intestinal, facultate ce ar poseda-o tot timpul, dar care este inhibată în mod normal în teritoriul gastric (Bensley). Nu ar putea fi aceasta şi o explicaţie a fragilităţii epiteliului în anumite regiuni ale stomacului şi deci posibilitatea de autodigestie?

Din cercetările vechilor fiziologi, din experienţele fundamentale ale lui Pavlov, din confirmările japonejilor Ivy şi Yutaka Oyama, rezultă că mucoasa antrului dă o secreţiune alcalină, care nu este capabilă de a digera ovalbumina nici după adăogare de HCl, după cum a arătat Desloyers.

Prin metoda lui Brenckmann se poate vedea că à jeun stomacul este alcalin.

Glandele din regiunea cardială, sunt glande asemănătoare cu glandele esofagiene în apropierea cardiei, iar cele mai depărtate apar ca nişte glande fundice rudimentare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Din datele recente de medicină experimentală şi de clinică se admite, de o serie întreagă de autori, că mucoasa gastrică are două feluri de funcţiuni secretorii: Secreţiuni exocrine şi alte secreţiuni ce se apropie de secreţiunile glandelor endocrine.

FUNCŢIUNILE EXOCRINE le vom enumera şi studia rapid, fiind mai bine şi de mult cunoscute.

1. **Secreţiunea de acid clorhidric** pe care am văzut-o că se produce la nivelul porţiunii intermediare şi al regiunei fundice, prin celulele marginale.

2. **Secreţiunea de pepsină,** ferment proteolitic produs tot în regiunea fundică, de către celulele principale ale glandelor.

Sunt câteva date importante asupra funcţiunei clorhidro-peptice cari trebuesc notate.

După Coelko şi Rocheta thyroxina produce o hipersecreţie cu hiperaciditate, probabil prin schimbarea metabolismului clorurilor sau prin stimularea sistemului nervos secretor.

Hipoglicemia insulinică aduce o hipersecreţie gastrică prin o acţiune exercitată asupra sistemului nervos central şi transmisă apoi prin vag, după La Barre.

Injecţiunile de ser glucozat hipertonic aduce o creştere a se-

creţiunii şi aciditătii gastrice după Fonseca. Socot că aceasta s'ar produce prin hiperinsulinemia tardivă ce se produce după injecţiile de glucoză.

După Dadlez şi Koskowski peptona şi pepsina injectate intravenos au o acţiune inhibitoare asupra secreţiunei gastrice.

Procesul de secreţiune gastrică se însoţeşte de o creştere a pH sanguin (dela 7,45 la 7,51) şi a rezervei alcaline (dela 35 la 41), însoţindu-se şi de o hiperglicemie (dela 1,20—1,50) după cercetările lui Soula şi colaboratorii săi.

Alcaloza nu modifică secreţia acidă a stomacului după cercetările ingenios conduse de Delrue şi Lacquet.

In treacăt amintesc capacitatea mucoasei gastrice de a excreta gazele volatile, injectate subcutan. (CO^2, Az,0). Aceste gaze volatile ar pătrunde în circulaţie şi de aci în cavitatea gastrică graţie bogăţiei mari de vase din mucoasă (Felix Ramon şi Dumitrescu-Popovici).

3. **Secreţia de labferment sau presură**, coagulant al laptelui este făcută de toată mucoasa gastrică chiar şi la animalele cari nu mănâncă lapte. Labfermentul ar fi produs tot de regiunea fundică, mai ales pe socoteala unui proferment acţionat prin HCL. Rolul regiunei pilorice în această funcţiune este îndoelnic. De altfel, secreţiunea labfermentului ar fi totdeauna paralelă cu secreţiunea clorhidropeptică.

4. **Mucusul** secretat de celulele epiteliului ce învelеşte tot stomacul şi de glandele pilorice ar constitui deasemenea o secreţiune externă a mucoasei. Rolul său l-am văzut.

5. Sucul gastric ar fi capabil să dedubleze unele grăsimi ce sunt în stare de emulsiune. Este vorba de o lipază, după Gley, a cărei acţiune este micşorată prin exces de HCL.

Digitized by Biblioteca Universitatea "Ion Ionescu de la Brăila"

FUNCŢIUNILE ENDOCRINE ALE MUCOASEI GASTRICE.

In primul rând voi insista asupra **secretinei gastrice**, aşa numitul Hormon al lui Edkins.

Se ştie că secreţiunea clorhidropeptică are două etape principale:

a) **Secreţiunea psihică**, de apetit, a lui Pavlov, produsă prin excitarea diferitelor simţuri de către alimentele prezentate animalului spre ingerare. Se produce o secreţiune gastrică cu o durată de 1—2 ore, al cărui centru este sistemul nervos central (cortexul), excitaţiunea fiind condusă la mucoasa gastrică prin nervul vag;

b) **secreţiunea zisă chimică**, care urmează primei, este produsă după unii autori din contactul alimentelor cu mucoasa, după alţii prin excitarea produsă de primele produse ale digestiei.

Se cunoaşte de mult că extractul de mucoasă pilorică la care se adaugă HCL, injectat în vâna unui animal, provoacă secreţiunea glandelor gastrice (Edkins, 1906).

Astăzi se admite că această secreţiune chimică este produsă de un hormon produs în regiunea antrului. El este secretat sub influenţa diferitelor produse ale digestiei proteinelor; este rezorbit, şi apoi pe cale umorală, excită regiunea fundică, deslănţuind secreţiunea clorhidrică, care la rându-i activează pe cea pepsică. După Zweig ar fi vorba de oarecari produse ale digestiei cari sunt rezorbite la nivelul

antrului şi trecând în sânge pe cale umorală aduce o producere a secreţiunii fundice.

Astfel se explică multe din turburările secreţiunei gastrice, chlorhidropeptice, în urma leziunilor sau excluderii regiunei antrului. In acest caz aproape totalitatea secreţiunei este anulată şi avem de a face cu anaclorhidrii sau chiar achilii.

O leziune iritativă a acestei regiuni aduce o continuă excitaţie a locului de producere a hormonului Edkins, şi o hiperclorhidrie.

Tot în cazul funcţiunilor oarecum endocrine ale stomacului, trebuę să punem funcţiunea anti-anemică a stomacului semnalată în ultimii ani, în urma cercetărilor lui Castle.

Se cunosc cercetările acestui autor, care au condus la constatarea că în tratamentul anemiilor pernicioase, se poate obţine un rezultat bun prin tratamentul făcut cu suc gastric, obţinut prin hystamină, dela un om normal. Se ţinea la etuvă acest suc gastric, împreună cu carne de vacă şi se administra bolnavilor filtratul obţinut din digestiunea acestei cărni. Se obţine astfel rezultate tot aşa de bune ca şi în tratamentul cu ficat de viţel, după metoda lui Whipple.

Cercetările lui Castle au pornit dela un fapt clinic de mare importanţă, că în marea majoritate a cazurilor de anemie pernicioasă (99%) există o lipsă mare de secreţiune clorhidropeptică, fie numai anaclorhidrie, fie achilie completă, deseori produsă prin diferite grade de atrofie ale mucoasei gastrice. Aceste leziuni sunt mai totdeauna în areole. S'a dedus că anemia pernicioasă ar fi o maladie primitiv gastrică şi că tabloul sanguin este o consecinţă a lipsei unui anumit factor hormonal zis factorul antianemic, care ar avea rolul de a exercita un control asupra activităţii măduvii osoase, împiedicând apariţia de elemente tinere, nemature sau embrionare. Acest principiu este depozitat mai ales în ficat, care serveşte de mare rezervoriu. Astfel s'ar explica eficacitatea tratamentului lui Whipple.

Primele cercetări ale lui Castle arătau că acţiunea este datorită şi mucoasei gastrice care secreta în sucul gastric principiul antianemic, dar şi produselor de digestiune ale cărnei, parţial digerate. In anemia pernicioasă această digestiune nu se putea face, sucul gastric fiind anaclorhidric. Se admitea atunci că există doi factori, unul **intrinsec** conţinut în mucoasa gastrică şi care trece şi în sucul gastric şi altul **extrinsec** conţinut în carnea de vacă.

A urmat o serie întreagă de cercetări, cari au confirmat în parte părerile lui Castle. Prin cercetările lui Meulengracht s'a putut stabili care anume porţiune din mucoasa gastrică este activă. El a lucrat cu extract uscat de mucoasă gastrică de porc, din diferite regiuni şi a arătat că numai mucoasa regiunei antropilorice este activă, ea producând o însemnată criză reticulocitară în cursul tratamentului anemiei pernicioase.

Pe de altă parte s'a stabilit că ficatul nu este decât un depozit al principiilor antianemice secretate de mucoasa gastrică şi înmagazinate aci. Această provenienţă gastrică nu este condiţionată de funcţiunea digestivă a stomacului, existând depuneri în ficat încă cu două

luni înainte de naştere. Un ficat alterat nu este capabil să înmagazinèze acest produs.

Acest produs antianemic secretat de regiunea piloro antrală a fost numit de către Wilkinsohn, hemo-poetina. Aceasta este o enzimă, labilă la 45⁰, produsă de stomacul erbivorelor, carnivorelor şi omnivorelor. Ea ar fi foarte aproape ca structură de vitamina B_2.

După cercetările noui ale lui Greenspon (Montreal) nu ar exista decât factorul intrinsec produs de regiunea antrului. Acest principiu antianemic este anihilat de pepsină, în timp ce HCL nu îl influenţează. Factorul extrinsec al lui Castle nu era decât mijlocul de a debarasa de pepsina vătămătoare sucul gastric activ, fixând-o pe carnea de vacă cu care era pusă în contact. Dacă se absoarbe pepsina dintr'un suc gastric activ cu carbonat de calciu, atunci acel produs are o mare putere antianemică care dă răspuns net reticulocitar în tratamentul anemiilor pernicioase.

Un fapt care ar fi un argument în plus pentru existenţa acestui principiu anti-anemic ar fi şi poliglobulia semnalată în unele hiperclorhidrii ce însoţesc ulcerul gastro-duodenal (Mairano, Caroly şi Carnot.

Absorbţia fierului este deasemenea turburată în unele afecţiuni ale stomacului, în gastrite. Aceasta ne arată că stomacul are un rol însemnat în absorbţia fierului alimentar. Poate lipsa acidului clorhidric aduce acest deficit de absorbţiune, deoarece în gastritele anclorhidrice sau achilice, sau în urma rezecţiilor însemnate ale stomacului se observă o lipsă de absorbţie a fierului şi apariţia de anemii cu scădere mare a hemoglobinei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cum rezorbţia fierului se admite că s'ar face la nivelul duodenului, D-l Agreg. Dr. Simici crede că această absorbţie este turburată prin transitul rapid duodenal ce se observă în toate achiliile gastrice.

Un alt factor endocrinian al stomacului ar fi secretarea unui alt hormon numit neuropoetina de către Hurst care ar fi necesar troficităţii sistemului nervos central şi în special măduvei spinării. Lipsa acestui hormon ar conduce la producerea degenerărilor subacute combinate ale măduvei spinării care se observă în cursul multor cazuri de anemii pernicioase grave.

Acest hormon ar fi independent de hemopoetina şi s'ar produce tot la nivelul antrului piloric. Intr'adevăr, Salus şi Reimon au găsit cazuri de degenerări ale măduvei cu aclorhidrie, dar fără anemie. Deci în aceste cazuri era lipsă numai de hormonul neuropoetic, hormonul hemopoetic existând.

In plus, Hurst care susţine primitivitatea leziunei în anemia pernicioasă şi în degenerarea măduvei spinării la nivelul mucoasei gastrice susţine că prin tratamente bine conduse, reuşim să ameliorăm uneori leziunea gastrică, dacă nu este definitivă, putând rând pe rând să recăştigăm funcţiunea clorhidropeptică, antianemică şi neuropoetică a mucoasei gastrice, fără a recurge la tratamentul lui Whipple.

Cercetând tratatele de fiziologie, veţi vedea că încă de mult s'a pus chestiunea dacă viaţa este posibilă fără stomac. Astfel, Carvallo şi Pachon pe animale, Schlatter, Hoffmann, Wroblowscki,

Deganelo pe bolnavi au arătat că viaţa este posibilă fără stomac, însă observaţiunile lor nu au depăşit termenul de doi ani.

Toate animalele gastrectomizate trebuiau să primească alimentele fin divizate. Secreţiunea pancreatică nu era diminuată. Secreţiunea duodenală este produsă probabil prin acţiunea acidului lactic, care se produce în locul acidului clorhidric. Acidul lactic este produs prin fermentarea hidraţilor de carbon.

Cercetările lui Aron şi Bauer arată că la câinii gastrectomizaţi se produce o scădere manifestă a hemoglobinei, iar numărul globulelor roşii rămâne aproape normal. Prin duodeno şi pilorectomie se produce o anemie hipercromă rapidă în sensul vederilor lui Castle. Secţiunea pilorului singur şi derivaţia în ileon a secreţiunei pancreatico bilioduodenală aduce o diminuare a hemoglobinei şi a numărului hematiilor, independent de producerea de ulcere sau hemoragii. Derivaţia pancreatică şi a bilei singure, nu produce nici o modificare sanguină.

Apropiind de aceste cercetări experimentale observaţiunile făcute pe bolnavii cărora li s'a făcut rezecţii mari de stomac în scop terapeutic, s'a putut vedea că dacă urmărim aceşti bolnavi timp îndelungat, după perioade variind între 1 şi 6 ani, cam în 10% din cazuri se produce un sindrom anemic, constituit mai ales din o anemie hipocromă, alte ori o anemie pernicioasă.

Moravitz în special s'a ocupat de această anemie apărută la bolnavii cu stomacul amputat şi a numit această anemie, **anemia agastrică.**

Ea poate fi de tip variat, uneori pernicios, alte ori hemoragipar, mai ales hipocrom. De remarcat este putinţa ca o anemie hipocromă să se poată transforma cu timpul în o anemie cu caracter pernicios. De altfel ştim cât sunt de fragile limitele ce despart un tip de anemie de celălalt.

La noi d-l agregat Dr. Simici a remarcat mai multe cazuri de asemenea anemii agastrice şi a inspirat şi condus o importantă teză cu acest subiect, făcută de d-l D-r Tomescu (1936).

Este de remarcat rezultatul favorabil ce se poate obţine prin tratament bine condus în aceste anemii. Administrarea de acid clorhidric şi de cantităţi mari de fier dă dese ori mult mai bune rezultate decât tratamentul cu ficat de viţel.

Dacă nu întâlnim prea dese ori acest sindrom de anemie agastrică, este că urmărim prea puţin bolnavii cărora li s'a făcut rezecţii de stomac, acest sindrom neapărând decât foarte târziu. Aceasta se datoreşte desigur marilor rezerve de principii antianemice ce se găsesc răspândite în diferite organe, precum şi putinţei de supleere interorganică a acestei funcţiuni a stomacului.

Din expunerea acestor fapte reese precis că mucoasa gastrică este un organ glandular cu dublă funcţiune exocrină şi hormonală. Cercetând numeroasele lucrări apărute mai ales în literatura americană, scandinavă şi germană, se vede net progresul făcut de cunoştinţele noastre istologice şi fiziologice în acest domeniu. Progresul a venit mai ales de când şcolile mai noi tind să revizuiască toate datele considerate ca definitive în ştiinţă. S'a putut vedea astfel că utilizând metode noi de

cercetare, putem da noui interpretări unor fapte cari păreau perfect de bine stabilite.

Prin aceasta ştiinţa isto-fiziologică întinereşte şi blazarea celor cari consideră că această ştiinţă este complet încheiată şi că nu se mai poate spune nimic nou în ea nu-şi are rost.

BIBLIOGRAFIE

Aron E. et **Bauer R:** Anémie expérimentale chez le chien. Influence respective de la gastrectomie totale et des derivations pancreatiques, biliaire et duodenale. C. R. Soc. Biol. T. 113, pag. 1065. — **Brenckmann E:** Contrib. à l'histophysiologie de la muqueuse gastrique en rapport avec l'élimination de l'HCl. Thèse, Strasbourg, 1929. — **Brenckmann E:** Contribution à l'étude de la topographie des régions élaboratrices de l'HCl. dans l'estomac. Arch. des Maladies de l'Appareil digestif. 1929, No. 9, pag. 1104. — **Brenckmann E.** et **L. Deloyers:** Etude de la topographie de regions élaboratrices de l'HCl dans l'estomac: Presse Medicale — 21 Août 1929. — **Bensley:** The gastric glands. Special cytology. Cowdry — 1, Hoeber — N. Y. 1929. (citat în Bouin). — **P. Bouin:** Elements d'Histologie. Vol II Felix Alcan — 1932. — **Coelho E.** et **Rocheta J:** Thyroxine et chimisme gastrique. J. G. R. Soc. Biol. T. 104 pag. 426. — **Carnot** et **Caroly:** Sur un cas d'ulcére erytrhémique du duodénum. Arch. Mal. App. dig. 12, 1934. — **Carvallo** et **Pachon:** Recherches sur la digestion chez un chien sans estomac Arch. de Physiologie 1895. — **Deganello:** Echange matériel d'une femme à laquelle on avait extirpe l'estomac. Arch. Ital. de Biol. 1900 — pag. 118—144. — **Debeyre:** Contribution à l'étude de la morphologie de l'estomac Arch. anat. hist. et embryologie, 3, 1924. — **Delrue G.** et **A. Lacquet:** action de l'alcalose sur la sécretion acide de l'estomac. C. R. Soc. Biol. T. 114 — pag. 570. — **Dadlez** ET **Koskowski:** Action inhibitrice de la péptone, de la pépsine, et de l'extrait de muscles striés sur lessécretions des sucs digestifs. C. R. Soc. Biol. Tom. 109 pag. 1028. — **Delrue E:** Sécretion acide de la muqueuse isolée de l'èstomac de grénouille. C. R. Soc. Biol. tom. 105 pag. 42. — **Delrue E:** Actions de la pilocarpine et de l'histamine C. R. Soc. Biol. t. 105 pag. 43. — **Fernando Da Fonseca:** Action des injections de sérum glucosé sur la sécretion gastrique. C. R. Soc. Biol. tom. 105 pag. 148. — **Fontaine R.** et **Kunlin J:** Ulcères peptiques experimentaux obtenus par la derivation des sucs intestinaux avec intégrité du pylore. C. R. Soc. Biol. tom. 110 pag. 294. — **Gley:** Traité élémentaire de Physiologie, pag. 224 Ed. 1913. — **Guillaume A:** Etude physiopathologique sur le rôle hématopoëtique de l'èstomac. Introduction à l'étude des gastrites anémiantes. Arch. des mal. de l'app. dig. 3, 1936. — **Greenspon** (Montreal): The nature of the antipernicious anemia principle in stomach. Method to improve stomach preparations. The Journal of the Americ. Med. Assoc. 25. I. 1936 — pag. 266. — **Hurst Arthur:** Achlorhydria and achilia gastrica and their connexion with the Adisson's Anaemia — subacute combined degeneration syndrome and simple (non addissonian) achlorhydric Anaemia. Quart. Journ. of. Méd. 1932 pag. 157. — **Hurst Arthur:** Gastritis. Archiv für Verdaungskrankheiten. Band 58, 1935. — **Ivi Andoyama:** Studies on the séction of the pars pilorica gastric. Americ. Journ. Physiol. 57, 1921. — **Lériche, Fontaine, Hermann:** La topographie

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de l'ulcus péptique expérimentale. C. R. Soc. Biol. t. 107, pag. 1025. — **La Barre Jean:** Rôle du système nerveux central dans l'hypersécretion gastrique produite au cours de l'hypoglicemie consécutive a l'hépatéctomie. C. R. Soc. Biol. t. 108 pag. 231. — **La Barre Jean;** et. **Ledrut Jules:** Sécrétine et motilité gastrique. C. R. Soc. Biol. t. 110. pag. 97. — **La Barre J.** et. **Deloyers L:** Les fonctions sécretoires de la poche à air de l'éstomac. C. R. Soc. Biol. T. 110. pag. 596. — **Loeper M.** et **Foa R:** L'action du vague sur la production du mucus gastrique. C. R. Soc. Biol. T. 113. pag. 981. — **Laroche:** Contribution à l'etude des glandes de l'éstomac. Arch. anat. hist. et embriol. 6—1926. — **Lim** and **Ma:** Mitochond, changes in the cells of the gastric glands in relation to activity. Quart. journ. exper. physiol. 16—1926. — **Morawitz P:** Agastrisch Anämien und ihre Beziehungen zur anämia perniciosa. Arch. für Verdaung Krankheiten. Band. 47, Heft 5—6 Iunie 1930. — **Meulengracht:** La présence du facteur antianémique dans les préparations de substance gastrique desséchée, respectivement du cardia, fundus et du pylore. Acta Médica Scandinavica, 24. V. 1934. p. 352—375. — **Meulengracht** et **Schiode:** L'activité des préparations de la pepsine et de la rennine de l'éstomac desséché, respectivement du cardia, du fundus, du pylore. Acta Médica Scandinavica 24. V. 1934. pag. 375—383. — **Mouzon J:** L'opotherapie gastrique dans la traitement de l'anemie pernicieuse. Presse Médicale Iunie 1930. — **Morris:** Un hormon hematopoetic în sucul gastric. Journal An. Med. Assoc. III. 1932. — **Mairano:** Considérations sur l'hyperglobulie dans l'ulcère duodenal. Minerva Médicale Sept. 1934. — **Ozario M.** de **Almeida:** Sur le rôle des excitations internes de l'app. digestif. dans le maintien du tonus nerveux général. S. R. Soc. Biol. T. 113 (1933) p. 211. — **Ravina:** Rôle inhibiteur de la pépsine sur le pouvoir antianemique de la muqueuse gastrique Presse Médicale Nr. 25/936 p. 504. — **Ramond F.** et **Dimitrescu-Popovici:** L'aérogastrie par sécretion gaseuse de la muqueuse. C. R. Soc. Biol. t. 108. pag. 1034.. — **Roger-Binet:** Traité de Physiologie t. II. Art. **Bardier.** Physiologie de l'éstomac. — **Stanley I. Hartfall:** Achlorhydria: a reviev of. 336 cases. Guy's hospital Reports. January 1932. — **Tomescu I:** Anemia agastrică. Teza No. 4470 Fac. de Med. Bucureşti 1936. (unde se va găsi completarea bibliografiei). **Téohari A:** Etude sur la structure des cellules principales, de bordure et pyloriques de l'éstomac, à l'etat de repos et a l'etat d'activite secretoire. Arch. anat. micr. 3, 1899. — **Téohari A.** und **Babeş A:** Uber ein gastrotoxisches serum. bl. Bakter. I. 38. (1905). — **Weiss, Graves, Gurriaran:** La derivation intragastrique des sucs alcalins duodénaux. C. R. Soc. Biol. t. 110 pag. 216. — **Wilkinson J. F:** Traitement de l'anémie pernicieuse par l'éstomac de porc; étude de 108 cas. The Brit. Med. Journ.; Jan. 1931. — **Wroblewski:** Eine chemische Notiz zur Schlatter's totalen Magenextirpation. Centralblatt Physiol. 1898. s. 665—668.

D-r HAGI-PARASCHIV: *Quelques mots sur la structure et la physiologie de la muqueuse gastrique.*

L'A. fait une mise au point de la question, insistant sur l'histologie et les fonctions glandulaires des différentes régions de l'estomac. Les sécretions acides appartiennent à la région du fond, le pylore et le cardia ayant des sécrétions alcalines (Méthode Brenckmann).

Les fonctions glandulaires peuvent se montrer par des sécrétions exocrines (HCL, pépsine, présure) ou par des sécrétions endocrines-hormonales. Parmi

celles-ci on peut considérer la sécretine gastrique ou l'hormone d'Edkins, qui est produit par la région de l'antre pylorique, sous l'influence des aliments, et qui déchaîne, par voie humorale, la sécretion chlorhydro-péptique.

De même la fonction antianémique de l'éstomac est réalisée par un hormon-hémopoëtine de Wikinson— qui est produit aussi par la région de l'antre.

Un autre hormone—neuropoëtine de Hurst—prend naissance dans le même lieu et veille sur la trophicité du système nerveux central et spécialement sur la moelle.

Le syndrome d'anémie agastrique, décrit par Morawitz, ne peut être compris qu'à la lumière de ces nouvelles connaissances sur la physiologie gastrique.

D-r HAGI-PARASCHIV: *Einige Bemerkungen mit Bezug auf die Struktur und die Physiologie der Magenschleimhäute.*

Der Autor fasst die wichtigsten Daten mit Bezug auf die Struktur der gastrischen Magenschleimhäute zusammen, wobei er aut die Funktionen der verschiedenen Drüsen in der Magengegend besonders hinweist. Die Ausscheidung der Magensäure ist nur auf den Fundusregion beschränkt, während Pylorus und Kardia alkaline Flüssigkeiten ausscheiden (Methode Brenckmann)

Die Tätigkeit der Drüsen kann sich durch exocrine Sekretion (HCl, pepsine, labferment) manifestieren, und auch durch endocrine hormonale-Secretion. Unter letztere zählt der Hormon des Edkins (gastrische Secretine) welcher sich unter Wirkung der Nahrungsmittel in der Gegend des Pylorus bildet und welcher die chlorhydro-peptischen Secretionen verursacht

Ebenso vollzieht sich die antianämische Tätigkeit des Magens, welche in den Untersuchungen des Castle erwähnt wird, durch ein Hormon-Hemopoetina des Wilkinson, und auch die Wirkung an die Troficität des Ruckenmarks durch ein ander Hormon-Neuropoetin (Hurst).

Das Sindrom der Agastrichenanemie, welches in den Kliniken bei Kranken mit grossen Magenresection festestellt wurde, zeigt die tatsächliche Existenz dieser endocrinen Aktionen der Magenschleimhäute.

MERCK · BOEHRINGER · KNOLL

MBK

ACESTE 3 NUME GARANTEAZĂ

CALITATEA SUPERIOARĂ,
DEȘI PREȚUL E MINIM.

„COMPRETTEN" „AMPHIOLEN"

RECOMANDĂM: „COMPRETTEN" CALCIUM LACTICUM — LAXATIVUM VEGETABILE

CATALOG LA CERERE

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI III — STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 9

TELERONTGENTHERAPIA TOTALA ŞI PARŢIALA TECHNICA, INDICAŢII ŞI REZULTATE*)

de

Docent I. JOVIN

Téléröntgentherapia totală este o metodă de excepţie care are să fie aplicată cu prudenţă sub control hematologic permanent.

Téléröntgentherapia parţială, mai puţin periculoasă, procură ameliorări în anumite tumori generalizate dar mai ales în metastazele osoase multiple. Rezultatele obţinute sunt pur paliative până în prezent. Ar fi deci ilogic să tratăm cu această metodă cancere circumscrise pe care putem spera să le vindecăm sau să le ameliorăm cu vechea metodă a iradierilor locale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aplicarea teleröntgentherapiei, totale sau parţiale, în bolile benigne şi maligne de alură generală, tinde să se răspândească din ce în ce mai mult. Principiul acestei noui metode consistă în iradierea cu o doză egală de raze X a tuturor segmentelor corporale, superficiale şi profunde.

Pentru a acoperi în mod omogen cu raze întreg corpul, sau cum se mai zice, pentru a obţine omogenizarea dozei în toată grosimea şi toată lungimea corpului, distanţa focarului de la piele va trebui să fie, pentru un om de statură mijlocie, de cel puţin 3.50 m., deoarece diametrul unei suprafeţe, pentru a fi uniform iradiată, nu trebuie să depăşească jumătate din distanţă focar piele. De la distanţa de 1 m. nu vom putea iradia deci cu folos decât o suprafaţă având diametrul de 50 cm., dela 2 m. o suprafaţă având 1 m. diametru, etc.

Primul care a avut ideia de a iradia corpul în întregime a fost **Dessauer** în 1905; el a aplicat această metodă în tratamentul cancerului cu scopul de a obţine o omogenizare a dozei în profunzime. A trebuit însă să se convingă foarte repede că starea generală a pacienţilor şi mai ales integritatea organelor hematopoetice nu permite administrarea unei doze cancericide nici măcar în tumorile foarte radiosensibile. Dacă metoda a reuşit să renască după acest eşec, faptul se datoreşte lui **Teschendorf** care a pus-o pe baze noui, limitând-o în

*) Coloquiu ţinut la Asoc. Docenţilor în ziua de 26 Martie 1937.

primul rând la tratamentul câtorva afecţiuni foarte radiosensibile ale sângelui ca leucemiile şi eritremiile. La aceste afecţiuni s'au adăugat mai târziu şi câteva dermatoze generalizate după indicaţiile lui **Fuhs.**

TECHNICA: este departe de a fi fixată în toate detaliile ei. Nici distanţa întrebuinţată de diverşi autori nu este uniformă. Teleröntgentherapia totală se poate face de la o distanţă variind între 1 m şi 3,50 m. Sub un metru nu se poate vorbi de teleröntgentherapie. Pentru a iradia întreg corpul într'o singură şedinţă în mod omogen, distanţa va trebui să fie de 3,50 m. deoarece abia la această distanţă suprafaţa iradiată va avea un diametru jumătate cât distanţa focală, în cazul de faţă 1.75 m., adică talia mijlocie a unui om. La o distanţă de 2 m., suprafaţa de iradiere omogenă scade la un metru, adică suprafaţa dela cap până la basin. Pentru a iradia omogen corpul omenesc dela 2 m. va trebui să recurgem deci la 2 câmpuri; dela un metru distanţă avem nevoie de 4 câmpuri pentru a iradia omogen. In aceste cazuri vorbim de teleröntgentherapie parţială. **Cottenot** iradiază dela 3.50 m., **Teschendorf** dela 2 m., **Mallet** dela 1.70—2 m., Fuhs dela 1.30—1.45 m., iar **Dale** coboară până la 1 m. Noi înşine lucrăm dela distanţă de 1.50 m. Este util de ştiut însă că scopul principal, adică iradierea în totalitate a suprafeţei corpului şi omogenizarea dozei în profunzime, poate fi obţinut atât dela o distanţă de 3.50 m. cât şi de la o distanţă de 1 m. Alegerea distanţei optime se reduce după noi la chestiune de posibilităţi technice. In lipsa unei instalaţii care să permită o asemenea distanţă există mai multe mijloace pentru a realiza iradierea totală. Una consistă în aşezarea pacientului într'o poziţie laterală, cap şi picioare îndoite, dând în acelaş timp fascicolului de raze o înclinaţie oblică. Teleröntgentherapia prin 2 sau 4 câmpuri are avantajul de a permite o administrare mai lentă a dozelor şi a atenua astfel efectele, pernicioase uneori, asupra stării generale şi sanguine.

Digitized by Universitatea "Ion Ionescu de la Brăila"

Tensiunea variază între 130 Kv. în afecţiunile superficiale şi 200—300 Kv. în afecţiunile profunde.

Filtrul este şi el variabil: 0.2 mm. aluminium pentru tensiunile mici şi 2 mm. cupru pentru tensiunile foarte mari.

Dozele au fost foarte prudente dela început; ele nu au depăşit 10 r (internaţionali) pe şedinţă. Mai târziu această doză a fost urcată, fără inconveniente, până la 50 de r.

INDICAŢIILE acestei metode pot fi rezumate la 3 mari grupuri de boli:

1. Boli de sânge ca: leucemii, eritremii. Scopul oricărei therapeutici în aceste afecţiuni trebuie să fie influenţarea aparatului hematopoetic în totalitatea lui cu o doză modificatoare sau chiar destructivă. Cum organele hematopoetice sunt răspândite în mai întreg corpul omenesc, numai o iradiere totală poate să atingă acest scop.

2. In limfogranulomatoza malignă, tumoare foarte radiosensibilă, radiotherapia locală nu este eficace decât un timp limitat deoarece la recidivele din ce în ce mai radiorezistente se mai adaugă tendinţa la generalizare al acestei afecţiuni, locală la început. In formele radiorezistente, cu tendinţă la generalizare şi în recidivele fără localizări pre-

cise, dar în care semnele clinice sau hematologice indică un nou puseu, teleröntgentherapia este singura metodă indicată. Există apoi grupul de neoplasme extrem de radiosensibile, însă greu de tratat cu metoda locală din cauza marei extensiuni a zonei de invazie. Un mielom, eritrocitom, limfocitom, seminom se prezintă de la început cu tendinţa foarte pronunţată de generalizare. Teleröntgentherapia va fi foarte utilă aici pentru a atinge toate localizările manifeste şi latente.

3. Afecţiunile cutanate generalizate benigne ca: eczema, prurit, psoriază, sclerodermie, cât şi cele maligne ca: eritrodermiile premicosice, micosa fongoidă, sarcomatoza lui Kaposi sunt deosebit de indicate pentru a fi tratate prin iradieri generale.

4. In 1934 Mallet a aplicat metoda aceasta în tratamentul epitelioamelor mai puţin radiosensibile la origină, care însă din cauza extensiunei prea mare nu mai pot fi tratate cu metodele locale clasice. El recomandă acest tratament în cancerul sânului cu metastaze ale scheletului şi pleuro-pulmonare, în adenopatiile mediastinale, în cancerul uterin de gradul IV cu extensiunea leziunilor spre cloazoanele recto şi vezico-vaginale şi spre ganglionii abdominali.

Rezultate: Teleröntgentherapia nu a fost imaginată pentru a înlocui röntgentherapia locală care iradiază pe şedinţă o suprafaţă de maximum 400 cm.^{2}; ea a fost destinată să încerce vindecarea sau ameliorarea cazurilor în care metoda veche s'a arătat insuficientă.

1. In leucemii röntgentherapia locală figurează de mult ca un mijloc terapeutic de mare valoare, capabil să prelungească în mod notabil viaţa bolnavilor.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

In timpul din urmă autori de mare competenţă ca Curschman, Minot etc. au putut arăta cu statistici minuţios întocmite că supraviţuirile după radiotherapie sunt minime. Procentul este ceva mai favorabil în dările de seamă a şcoalei din Zürich (Naegeli), care însă pune rezultatele mai bune pe socoteala unui tratament arsenical foarte energic, făcut paralel cu röntgentherapia.

Teleröntgentherapia nu a adus în pronosticul extrem de sever, al acestei boli vreo modificare radicală. Leucemia rămâne o boală incurabilă. Impresia care se degajează însă din cetirea dărilor de seamă străine cât şi în rezultatele noastre, indică o schimbare incontestabilă în ce priveşte ameliorarea calitativă a remisiunilor. Supraviţuirea pare a fi mai lungă, starea generală şi locală în perioadele de repaus mai bună. Teleröntgentherapia îşi găseşte apoi o întrebuinţare de mare importanţă în tratarea leziunilor devenite radiorezistente după iradierile locale.

In eritremie iradierea tuturor localizărilor de hiperplazie medulară apare ca singura posibilitate de a influenţa seria roşie.

Am tratat două cazuri dintre care unul a reacţionat foarte favorabil dela început; în celălalt caz însă căderea treptată a globulelor roşii a fost însoţită de o leucopenie şi o stare generală precară care ne-a obligat să întrerupem tratamentul.

Este foarte probabil că, în unele cazuri cel puţin, există o fragilitate mai pronunţată a seriei albe care comandă o mare prudenţă în dosaj.

2. Cât privește grupul tumorilor foarte radiosensibile, teleröntgentherapia ne permite tratarea ca și ameliorarea formelor clinice considerate altădată ca fiind în afară de orice resursă terapeutică.

Astfel am tratat 4 cazuri de seminoame generalizate la ganglionii abdominali și mediastinali cu rezultate foarte satisfăcătoare atât în ce privește starea locală cât și starea generală.

Seminomul, fiind extrem de radiosensibil, dispare și cu metoda câmpurilor localizate; nici odată însă radiotherapeutul nu poate avea siguranța de a fi prins într'un câmp limitat toate însemânțările latente microscopice.

Mult mai puțin favorabile sunt, contrar așteptărilor, rezultatele în limfogranulomatoză malignă; este doar vorba și aici de o tumoare foarte radiosensibilă, cu o tendință netă la generalizare. Totuși starea generală deobicei fragilă al acestor bolnavi se opune la aplicarea sistematică, dela început, a teleröntgentherapiei. In formele diseminate, fără localizare netă, singura teleröntgentherapie mai este posibilă, chiar cu riscul unei alterări rapide a stării generale; când însă, localizările, chiar multiple, sunt bine definite, noi preferăm röntgentherapia locală care atacă mai puțin starea generală.

Până în prezent în trei cazuri am fost obligați să întrerupem ședințele de teleröntgentherapie și să revenim la metoda aplicărilor locale care ne-au dat apoi rezultate satisfăcătoare.

3. Dermatozele generalizate sau foarte extinse, în care celelalte metode și medicații au eșuat, răspund foarte favorabil la acest tratament.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am putut urmări astfel un caz de eczemă generalizată, cu prurit intens, în care, după 3 aplicări generale, tegumentele și-au recăștigat aspectul aproape normal, iar pruritul a dispărut.

Credem deci metoda plină de viitor în această ramură a medicinei cu atât mai mult cu cât dozele sunt reduse și fără riscuri asupra stării generale și sanguine. Rămâne deschisă chestiunea mecanismului de acțiune în acest grup de afecțiuni și anume dacă în iradierea totală sau parțială nu intervine o acțiune asupra centrelor nervoși vegetativi; cu alte cuvinte dacă nu practicăm radiotherapia funcțională, indirectă a lui **Gouin** și **Bienvenue**, recunoscută ca eficace într'o serie de dermatoze.

4. Categoria cea mai numeroasă care poate beneficia de noua metodă, aparține epitelioamelor generalizate sau extinse. Inițiatorul acestui tratament, **Mallet**, l-a aplicat în cancerul sânului cu generalizare la schelet. Radiosensibilitatea metastazelor osoase a epithelioamelor de origină mamară, uterină, ovariană, tiroidiană, relativ rezistente în forma lor primitivă, este de mult cunoscută. **Borak** a încercat să explice această comportare paradoxală a metastazelor osoase prin schimbări în biologia celulei, condiționată de schimbarea de mediu. Teleröntgentherapia sub acest raport nu aduce deci nici un fapt nou. Inovația și progresul consistă în posibilitatea de a influența focare metastatice diseminate.

Am iradiat până în prezent un număr de 13 cazuri de cancer, parte operate, parte purtând încă neoplasmul primar, toate cu metastaze multiple în coloana vertebrală, în ganglionii axilari şi supraclaviculari şi în restul scheletului cu un cuvânt forme generalizate. Una din bolnave purta 6 localizări în regiuni diverse ale corpului.

Am obţinut în toate cazurile noastre o sedaţiune a durerilor după doze relativ mici. Un alt efect surprinzător se manifestă asupra tumorii mamare primitive şi asupra însămânţărilor ganglionare. Cât priveşte formele osoase, recalcificarea este intensă şi rapidă în formele osteolitice. Formele osteoplastice rămân, radiologia cel puţin, neinfluenţată.

Intr'un caz de fractură spontană a femurului am obţinut după doze relativ mici o consolidare cu recalcificare intensă a focarului. Ar mai fi de semnalat bunul efect asupra stării generale care se manifestă printr'o reluare a apetitului şi o creştere în greutate.

Am mai tratat apoi epithelioame uterine de gr. IV, dincolo de posibilităţile tratamentului local; cancere ovariene cu însemânţări abdominale; câteva localizări excepţionale inaccesibile radiotherapiei locale ca: neoplasm de ficat, stomac, etc. Rezultatele au fost în general mediocre, reducându-se la ameliorări trecătoare, cu diminuarea tumorii şi redresarea stării generale: în rest efect nul.

Fără a împărţi întru toate deci optimismul manifestat de Mallet în ce priveşte perspectivele acestei metode în tratamentul cancerului şi în general în lupta contra cancerului, credem totuşi că ea merită atenţia radiologilor pentru a fi încercată pe o scară mai mare. Pentru moment ea nu constitue decât o metodă paliativă, cu aplicare restrânsă în câteva epithelioame generalizate şi anume în generalizările osoase.

Incercările nu comportă nici un risc serios deoarece trebuie subliniată, în opoziţie cu bolnavii atinşi de limfogranulomatoză malignă sau leucemie, remarcabil de bună toleranţă a bolnavilor cu leziuni generalizate, chiar atunci când starea generală este profund atinsă.

ACCIDENTE.—CONTRA-INDICAŢII. De notat absenţa accidentelor cutanate, explicabilă prin dozele mici administrate la suprafaţă. In schimb, starea sanguină cere cea mai mare prudenţă. In general leucopenia, anemia marcată şi trombopenia contra-indică teleröntgentherapia totală şi parţială. Seria roşie este mai puţin sensibilă decât seria albă.

Fragilitatea sanguină a leucemicilor şi a celor atinşi de limfogranulomatoză malignă este bine cunoscută; ceva mai rezistenţi sunt bolnavii atinşi de cancere epitheliale sau alte tumori maligne.

Este vorba deci de o terapeutică cu riscuri şi dificil de maniat. Pericolul mare este atingerea aparatului hematopoetic deoarece când apar perturbările grave a formulei sanguine, e mai totdeauna târziu pentru a ne opri. Din aceste motive formula sanguină trebuie supravegheată de foarte aproape. Cifrele care nu trebuiesc depăşite sunt: 3.000.000 globule roşii şi 2500 globule albe. Cât priveşte răul de raze cu greţuri, vărsături, astenie etc., el nu pare mult mai accentuat ca în iradierile locale. Faptul apare paradoxal dacă ne gândim la unele încercări de interpretare al acestor stări şi care stabileau un raport direct între mărimea câmpului şi intensitatea răului de raze.

În concluzie, teleröntgentherapia totală şi parţială este o metodă greu de manipulat, care poate deveni periculoasă în anumite împrejurări; ea înseamnă totuşi un progres în tratarea câtorva afecţiuni maligne, ameliorând mai ales calitatea rezultatelor paliative.

I. JOVIN : *Téléröntgenthérapie totale et partielle.*

La téléröntgenthérapie totale, quoique la méthode idéale pour homogénéiser un rayonnement donné, n'est pas exempte de certains dangers qui s'opposent à sa diffusion. Ces dangers se résument dans des accidents, d'ordre général et des modifications hématologiques graves parfois

La téléröntgenthérapie partielle avec limitation de la surface à irradier à une longeur de 40 à 60 cm. aténue beaucoup les phénomènes d'intolérence.

L'expérience clinique de l'A. se rapporte à trois catégories de maladies.

1. Maladies du sang: leucémies et erythrémies.

2. Maladie de Hodgkin et tumeurs très radiosensibles, avec tendance à la généralisation

3. Cancers, surtout épithéliomes, de radiosensibilité moyenne, mais généralisés et très étendus.

La téléröntgenthérapie s'est averée dans ces maladies comme une méthode purement palliative qui permet de traiter et d'améliorer un certain nombre de tumeurs généralisées et très étendues, inaccesibles avec l'ancienne technique locale. L'emploi de la téléröntgenthérapie totale doit être très restreint et réservé uniquement au traitement de certaines maladies du sang.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CIBALGIN Amidopyrin + Dial

„CIBA"

combate

toate stările dureroase, cefalea, otalgia, durerile lancinante tabice, durerile dismenoreice etc.

— Fără pericol de obişnuinţă —

Tablete picături ampule

SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE à BÂLE (SUISSE)

Reprezentant pentru România: NIC. BARNA, Str. ROMANĂ 55, BUCUREŞTI

VALOAREA INTRADERMOREACŢIEI LA TUBERCULINA IN DIAGNOSTICUL TUBERCULOZEI INFANTILE*)

de

D-r M. NASTA

„*Profilaxia şi terapeutica tuberculozei sunt în funcţiune, în primul rând şi mai ales de un diagnostic precoce. Astăzi graţie metodelor biologice de diagnostic putem de multe ori decela nu numai procesele clinicește manifeste dar şi pe acelea în iminenţă de a deveni din latente, manifeste. Intradermoreacţia la tuberculină cantitativă dă în această privinţă informaţii preţioase atât clinicianului pentru aprecierea cazului individual, cât şi igienistului preocupat de profilaxia colectivităţilor*".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diagnosticul tuberculozei este una din problemele cele mai grele ale medicinei infantile. Pe de o parte boala în plină evoluţie poate multă vreme să rămână relativ asimptomatică, o stare generală bună, uneori chiar floridă fiind compatibilă cu leziuni destul de importante; pe de altă parte o infecţie cu desăvârşire latentă dar totuşi activă şi susceptibilă de a deveni evolutivă, netraducându-se prin nici un fel de simptomatologie clinică, nenumăraţi sunt copiii care fiind astfel ameninţaţi, nu beneficiază de o terapeutică preventivă. Aceasta, la timp instituită ar putea preveni izbucnirea accidentelor grave şi uneori iremediabile, care constituie atât de des, dureroase surprize atât pentru medic, cât şi pentru părinţi.

Perfecţionarea mijloacelor de investigaţie clinică, ajutorul neprețuit pe care mai ales în tuberculoza infantilă îl reprezintă examenul radiologic, au contribuit fără îndoială să diminue într'o bună măsură, numărul cazurilor care trec nediagnosticate. Totuşi numărul acestora este încă destul de mare, pe de o parte fiindcă prea adeseori, atenţia părinţilor sau a medicilor nefiind îndreptată în această direcţie, aceste examinări nu sunt făcute în timp util, pe de altă parte, fiindcă de foarte multe ori, chiar când acestea sunt făcute, ele nu pot întotdeauna decela toate procesele active, dar totuşi latente, adică ascunse.

*) Coloquiu ţinut la Asoc. Docenţilor la 26 Martie 1937.

Atât în ceea ce privește tuberculoza adultului, cât și în ceea ce privește pe aceia a copilului, toți ftiziologii sunt astăzi de acord că numai examinările în serie, începând în primul rând cu indivizii care au fost expuși unui contact infectant, dar extinzându-se pe cât posibil și tuturor colectivităților, școli, fabrici, armată, universități etc. pot realiza o adevărată depistare precoce. O examinare limitată numai la acei indivizi care, simțindu-se bolnavi, vin din proprie inițiativă la medic, este de cele mai multe ori tardivă, cazurile astfel diagnosticate fiind de prea multe ori prea înaintate pentru a mai fi susceptibile de o intervenție eficace atât din punct de vedere terapeutic, cât și mai ales profilactic.

O asemenea ofensivă trebue însă, pentru a fi încoronată de succes, să dispună de o metodă care să permită pe de o parte limitarea examinărei medicale pe cât posibil numai la categoriile care într'adevăr sunt amenințate, pe de altă parte să asigure descoperirea tuturor acelora care sunt bolnavi, sau în iminență de a se îmbolnăvi.

O examinare limitată numai la metodele clinice și radiologice va avea inconvenientul că practicată fără suficient discernământ la totalitatea colectivităților va deveni inaplicabilă, tocmai prin numărul prea mare al celor care ar trebui examinați, pe de altă parte va da, tocmai în domeniul medicinei infantile, un număr prea mare de insuccese, adică de cazuri rămase nediagnosticate.

Avem convingerea, bazată atât pe datele adunate din literatură, cât și din experiența noastră personală, că practicarea sistematică a intradermoreacției la tuberculină, care permițând prin întrebuințarea diluțiilor diferite, o apreciere a gradului de sensibilitate a organismului, reprezintă o metodă ce poate contribui într'o foarte importantă măsură la satisfacerea acestor două deziderate: limitarea numărului celor indicați pentru un examen clinic și radiologic și diagnosticarea acelor cazuri, care depășesc posibilitățile acestor două metode.

Importanța acestei metode și indicațiile pe care ni le poate da, variază pentru diferitele categorii de vârstă, le vom expune deci succesiv pentru fiecare din ele.

In ceea ce privește prima copilărie, importanța reacției la tuberculină este unanim admisă, o reacție pozitivă la copilul până la vârsta de doi ani fiind considerată ca mărturie a unei infecții întotdeauna active, deci susceptibilă de a lua un caracter evolutiv și impunând în consecință măsurile terapeutice curative sau preventive de rigoare.

Deși în linii generale această afirmațiune e justă, totuși chiar în cadrul acestei categorii, practica intradermoreacției cu diluții crescânde nè permite o individualizare mai riguroasă a cazurilor.

In cercetări pe care le-am întreprins împreună cu M. Blechmann și D-ra M. Stănescu, am studiat valoarea intradermoreacției cantitative la tuberculină, pentru copiii până la vârsta de doi ani, luând drept criteriu al gradului de activitate sau evoluție a leziunei, în afară de examénul clinic și radiologic, cercetarea bacilului Koch în conținutul gastric și materiile fecale, atât prin examenul direct cât și prin inocularea la cobai și însămânțarea pe medii speciale a acestor produse. De când această metodă de diagnostic a fost preconizată de Armand-

Dellile, cercetările de control ale autorilor scandinavi, germani, americani, spanioli şi francezi au arătat că ea reprezintă cel mai sigur şi constant element de certitudine pentru a afirma existenţa unei leziuni tuberculoase încă bacilifere, deci în activitate, chiar atuncia când nici un semn clinic sau radiologic nu ar permite această afirmaţie, de cele mai multe ori, reacţia la tuberculină fiind singurul indiciu al infecţiei tuberculoase.

In cercetări anterioare făcute cu Blechmann şi Băcanu (Presse Médicale, 1934) am arătat că chiar şi la adult interesul metodei e incontestabil, de oarece ea singură ne permitea, la bolnavii trataţi prin Pneumotorace artificial, să punem în evidenţă eliminarea de bacili, deci să confirmăm prezenţa unei leziuni încă în activitate, atunci când nici un semn clinic sau radiologic nu ne permitea să ne pronunţăm asupra acestui punct.

Pentru vârsta până la 2 ani, noi am practicat pe 47 de copii, dela 3 luni până la 2 ani, intradermo-reacţia la tuberculină cu diluţia de 1/10.000 repetând-o la cei care nu reacţionau cu o diluţie de 1/1000. Am grupat copiii după rezultatul acestei reacţii în trei categorii, cu reacţie intens pozitivă la 1/10.000 (+ +), moderat pozitivă 1/10.000 (+) şi pozitivă numai la 1/1000. La toţi am practicat examenul clinic şi radiologic precum şi cercetarea baccilului Koch în tubul digestiv (stomac şi materii fecale, examen direct, culturi şi inoculări).

Pentru 20 de copii care au reacţionat numai cu 1/1000, nu am avut nici un rezultat bacteriologic pozitiv, lucru care a concordat cu o stare generală excelentă şi cu absenţa oricărui semn radiologic sau clinic anormal.

Din cei cu reacţie moderată la 1/10.000 în număr de 10, am găsit baccili în tubul digestiv la 6, deci 60%. Iar imagini radiologice anormale am avut numai la trei din cei şase cu rezultat pozitiv, ceilalţi trei având o imagine normală.

In fine, la grupul care a reacţionat intens la diluţia de 1/10.000 în număr de 17, în 12 cazuri (70.5%), examenul bacteriologic a fost pozitiv, mai toţi aveau semne clinice evidente, toţi imagini radiologice anormale de leziuni pulmonare sau gangliopulmonare, la unii din ei evoluţia a fost fatală sau în orice caz foarte gravă. Chiar dintre cei 5 cu examen bacteriologic negativ 4 aveau imagini radiologice anormale.

Iată dar că toate datele, clinice, radiologice şi mai ales bacteriologice, cele mai sensibile, confirmă un strict paralelism între sensibilitatea la tuberculină şi starea evolutivă a leziunei tuberculoase. La sensibilitatea slabă: 1/1000, această stare este ca şi exclusă, la sensibilitate mare (+ + la 1/10.000) poate fi admisă aproape cu certitudine în 100% din cazuri; în fine în cazurile de sensibilitate medie probabilităţile sunt de 60, dacă nu şi ceva mai mult, la sută.

Interesul cel mai mare pe care-l reprezintă aceste constatări, rezidă în aceia că, astăzi când întâlnim atât de des copii vaccinaţi cu B.C.G., care pot reacţiona la tuberculină, de pe urma acestei vaccinări, sau care chiar fiind supra-infectaţi, prezintă, cum vom vedea mai departe, o apreciabilă rezistenţă la această infecţie, vom putea pe baza datelor de mai sus, distinge între un vaccinat cu bună rezistenţă, chiar dacă e infectat, şi un copil la care infecţia tuberculoasă a dat naştere unui proces evolutiv cu pronostic grav sau în orice caz, ame-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ninţare iminentă de o asemenea evoluţie. De altfel în observaţiile noastre toţi cei 20 de copii care au reacţionat numai cu 1/1000 erau vaccinaţi cu B.C.G.

Când este vorba de copii mai mari, evident că rezultatele nu mai au aceiaşi preciziune şi nu ne mai putem bizui numai pe rezultatul intradermoreacţiei pentru diagnosticul individual. Pentru examinările în serie, pentru medicul igienist sau medicul şcolar care dintr'o mare colectivitate trebue să facă selecţia acelora care sunt mai cu deosebire ameninţaţi de o stare evolutivă a leziunilor, sau la care această evoluţie este chiar în curs, metoda va da preţioase indicaţii: pe baza acestora se vor putea lua măsurile de asigurare, preventive sau curative, numai pentru aceia pentru care există cea mai mare probabilitate că ele să fie necesare, şi tot astfel şi cercetările diagnostice mai greu accesibile şi mai costisitoare, ca de pildă examenul radiologic, va putea deasemenea fi limitat numai la categoriile cele mai interesante.

Gradul sensibilităţei la tuberculină a mai fost preconizat de diverşi alţi autori ca element de apreciere a stărei evolutive a leziunilor. In acest scop, Engel a utilizat desensibilizarea la tuberculină prin injecţii subcutanate repetate de tuberculină în doze crescânde. Această desensibilizare se obţine cu atât mai curând cu cât e vorba de leziuni mai inactive, purtătorii de leziuni calcifiate fiind aceia care se desensibilizează cel mai uşor. O metodă mai expedetivă, adică cercetarea prin intradermoreacţii cu diluţii crescânde a fost mai de mult preconizată în acest scop de Opie, Mc. Phedran şi colaboratorii lor, de la Philadelphia, iar mai recent Wells şi Smith, tot în America au confirmat rezultatele lor, obţinând următoarele procente de leziuni decelabile prin radiografie în raport cu diferitele grade de sensibilitate la tuberculină:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Reacţia la tuberculină:	++ cu 0.01	+ cu 0.01	+ cu 0.1	+ 1 mg.
Leziuni la grupul între 0— 9 ani	14.1%	6.1%	1.7%	0
„ „ „ „ 10—14 „	14.2%	6.8%	1.4%	0
„ de la 15 ani în sus	12.1%	9.2%	5.2%	5.5%

Deosebirile sunt precum se vede, evidente, mai ales pentru grupele de vârstă până la 15 ani.

Cercetările noastre personale ne-au confirmat aceste rezultate. Astfel într'o primă serie de observaţii, făcute împreună cu **Th. Veber, M. Blechmann** şi **D-ra R. Pătroianu**, am urmărit paralelismul între sensibilitatea la tuberculină şi leziunile bacilare la diferite categorii de copii, vaccinaţi cu B.C.G. şi nevaccinaţi, unii din ei cu contact, alţii fără contact tuberculos, vârsta acestora variind de la 0 la 10 ani.

Pentru copiii vaccinaţi şi fără contact bacilar cunoscut în număr de 98, am avut 55% care au reacţionat pozitiv la intradermoreacţia cu 1/10.000 şi anume 43% slab sau dubios, iar 12% moderat. La examenul radiologic numai 38%, au avut imagini anormale şi încă mai toate reprezentate numai prin hiluri îngroşate, în trei cazuri numai, prin noduli calcifiaţi.

La cei 182 de vaccinaţi cu contact bacilifer, proporţia reacţiilor pozitive a fost de 73%, din care 31% slabe sau dubioase, 20% moderate, 22% intense,

proporţia imaginilor radiologice anormale este tot de 38%, însă de astădată nu mai avem deaface numai cu simple îngroşări ale hilurilor, ci întâlnim afară de aceasta 20% şi 7% ganglioni calcifiaţi, 1% complexe primare calcifiate, 5% ganglioni calcifiaţi şi sechele parechimatoase (scizurite), 5% adenopatii; în schimb nici o leziune parenchimatoasă evolutivă.

Categoria celor nevaccinaţi, cu contact bacilor în număr de 117 ne dă 79% de reacţii pozitive, din care 28% dubioase, 12% moderate, 39% intense. Odată cu această cea mai mare frecvenţă a celor cu sensibilitatea crescută avem şi proporţia cea mai mare de imagini radiologice anormale, printre care de astă dată, cum vom vedea, ocupă un loc mult mai însemnat acelea traducând leziuni, fie cicatrizate, fie evolutive de o importanţă necontestabilă. În adevăr la 52% de imagini anormale avem numai în 13% hiluri mărite, iar pentru rest; 6% ganglioni calcifiaţi, 6% complexe primare calcifiate, 7% complexe primare calcifiate şi sechele parenchimatoase, 15% adenopatii, în fine 5% leziuni parenchimatoase evolutive, pe care nu le-am întâlnit de loc la celelalte categorii.

Aceleaşi indicaţii ni le-au dat şi cercetările pe care împreună cu D-na D-r Şeicaru şi D-r I. Gologan le-am întreprins asupra copiilor din câteva şcoli primare din Bucureşti, cărora le-am practicat intradermoreacţia cu 0.1 din diluţia 1/10.000, supunând apoi examenului radioscopic şi la nevoie şi radiografic pe toţi aceia care au reacţionat pozitiv. Rezultatul reacţiilor, apreciat după diametrul papulei şi eritemului l-am clasat în trei categorii, intens (+++), moderat (++) şi slab (+).

Am examinat în totul 1103 copii, din care 793 au reacţionat, iar 310 au fost negativi. Grupându-i după intensitatea reacţiei şi imaginea radiologică avem următorul tabolu:

Reacţia la tuberculină	Im. n. şi H. m.	G. calc. C. p. c. C.p.c. + sechele	Adenopatii	Infiltraţii şi Tbc. pulmonară
+ + + 192	37 %	44 %	14 %	3.5 %
+ + 304	40 %	44 %	12 %	2 %
+ 297	64 %	32 %	3.5 %	0
— 310	95.6	4.4 %	—	—

Legendă: Im. n. = Imagini normale. H. m. = Hiluri mărite. G. cal. = Ganglionii calcifiaţi. C. p. c. = Complexe primare calcifiate.

Cum vedem şi în această colectivitate procentul leziunilor evolutive cât şi a sechelelor importante scade odată cu gradul de sensibilitate la tuberculină. În categoria acelora care reacţionează slab nu avem nici un caz de infiltraţie perihilară sau de tuberculoză pulmonară fibrocazeoasă, deasemenea adenopatiile tracheobronşice cu caracter evolutiv sunt infinit mai puţin frecvente ca în primele două categorii. Din punct de vedere practic lucrul nu este fără importanţă, căci ne permite să ne dispensăm de examenul radiologic al acelora care reacţionează slab la tuberculină, adică 37,40% din toţi cei pozitivi, cu certitudinea că nu riscăm să lăsăm neexaminaţi pe nici unul dintre aceia la care

BCU Cluj / Central University Library Cluj

am fi putut găsi o leziune activă. Când este vorba de examinarea unor colectivităţi mari, cum ar fi de exemplu toţi elevii şcolilor primare, numărul acestora poate fi foarte mare, reducând astfel enorm numărul examenelor radiologice, fără a diminua întru nimica valoarea operei de depistare. Deasemenea, în cazul când nu avem posibilitatea de a complecta ancheta noastră prin examenul radiologic, indicaţiile date de intradermoreacţia la tuberculină vor fi suficiente pentru a face selecţia acelora dintre copiii care au nevoie de măsuri de protecţie sau prevenire, ca de pildă trimetere în preventorii, colonii de vară, supraalimentaţie, regim de repauz etc. In astfel de cazuri vom da deci preferinţă acelora care reacţionează cel mai intens, ştiind că astfel vom asista pe cei mai ameninţaţi. Când va fi vorba de alegerea locului unde copiii să fie trimeşi, de pildă în coloniile de vacanţă, va fi iarăşi prudent ca pe cei care reacţionează intens să nu-i trimetem la mare, sau în orice caz să nu-i expunem helioterapiei decât cu mare prudenţă şi de preferinţă numai în urma unui minuţios examen clinic şi radiologic.

Iată dar numeroasele indicaţiuni de ordin diagnostic, terapeutic şi profilactic pe care ni le poate da intradermoreacţia la tuberculină, prin aprecierea gradului de sensibilitate a organismului, indicaţii de un egal interes pentru clinician, în aprecierea cazului individual, cât şi pentru medicul igienist în opera de depistare şi profilaxie. Credem că valoarea lor este suficient de mare pentru a justifica o mai largă şi sistematică aplicare a acestui mijloc de investigaţie insuficient exploatat până acuma, dar pe care sperăm că cercetările noastre îl vor repune la locul ce i se cuvine în rândul mijloacelor de depistare şi deci de profilaxie a tuberculozei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. NASTA: *Valeur de l'intradermoréaction à la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose infantile.*

En pratiquant des intradermoréactions à la tuberculine à doses variablei on peut obtenir des renseignements extrêmement précieux quant au diagnostcs de la tuberculose infantile. Ainsi pour l'enfant audessous de deux ans une réaction intense à la dilution a $^1/_{10\,000}$ a coïncidé dans 70.5% des cas avec la présence de bacilles dans le contenu gastrique et généralement des tuberculoses cliniquement manifestes, avec les réactions de moyenne intensité à la même dilution cette coïncidence a été seulement de 60% tandisque chez les enfants ne réagissant qu'à la dilution de $^1/_{1000}$ on n'a jamais trouvé ni bacilles ni phènomènes cliniques.

Pour les enfants d'âge scolaire sans qu il y ait superposition aussi stricte on a pourtant trouvé que la majorité des porteurs de lésions evolutives ou de sequelles importantes se trouvaient parmi ceux à réaction intense à $^1/_{10\cdot000}$, ceux à réation faible étant pratiquement indemnes de tout signe clinique ou radiologique.

M. NASTA: *Bedeutung der Mantouxschen Tuberkulinprobe für die Diagnose der Kindertuberkulose.*

Wenn mann die Mantouxschen Tuberkulinprobe mit verschiedenen Verdunnungen vornimmt, kann mann äusserst lehrreiche Hinweise betreffend die Diagnose der Kindertuberkulose. So fanden wir dass für Kinder unter zwei Jahren eine starcke Reaktion auf $^1/_{10\cdot000}$ Verdunnung in 70.5% der Fälle mit positivem Bazillenbefund im Mageinhalt und Klinisch meistens schwerer Tuberkulose überein stimmte; bei denen die nur mittelstark auf dieselbe Verdünnung reagierten war der bakteriologische Befund, nur in 60% der Fällen positiv, dagegen fand sich bei keinem der Kinder, die nur auf $^1/_{1000}$ reagierten, weder bakteriologische noch klinische Befunde.

Für die Kinder im Schulalter fanden wir, dass alle jene die Träger offener Tuberkulose oder bedeutender Resterscheinungen in Lungen oder Drüsen waren in der Gruppe der starck oder mässig auf $^1/_{10\cdot000}$ Verdünnung reagierenden fielen zwischen den nur schwach reagiereden waren fast alle praktisch ohne jedem pathologischen Befund.

M. NASTA: *Il valore della intradermoreazione alla tubercolina per la diagnosi della tuberculosi infantile.*

Pratticando intradermoreazzioni con varie dosi di tubercolina si possono ottenere importantisseme informazioni di diagnosi nella tuberculosi infantile. Cosi, abbiamo trovato nei fanciulli di meno di due anni, che una reazzione intensamente positiva alla diluzione di $^1/_{10\cdot000}$ coincide in 70.5 % dei casi con presenza di bacilli di Koch nel contenuto gastrico, e generalmente sinttomi clinichi di tuberculosi evolutive grave o gravissime, mentre nei coloro que hanno una reazione di media intensita la coincidenza non e di piu di 60 %; invece nei fanciulli che hanno reazioni soltanto con $^1/_{10}$ %, non abbiamo mai trovato ne bacilli nell stomaco ne anche manifestazione cliniche.

Nei ragazri di scuola, senza incontrare una cosi stretta coincidenza, abbiamo trovato que tutti quelli che avevan lesioni evolutive o bene sechelle di certa importanza erano tutti fra lo gruppo con intense o medie reazzione a $^1/_{10000}$; quelli con reazione dubiose o scarse essendo tutti pratticamente indemni di ogni manifestazzione cliniche o radiologiche.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

UROFORMINE GOBEY
COMPRIMÉS 0f50
AMPOULES 2cc & 5cc
ANTISEPSIE GÉNÉRALE
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...
Agence en Roumanie: Laboratorul farmaceutic „Luteţia" S. A. R.
103, Str. Toamnei — Bucarest III

ERITROBLASTOZELE NOILOR NASCUȚI *)

de

Docent D-r HORIA SLOBOZIANU

In cadrul eritroblastozei noului născut se studiază anazarca foeto-placentară, icterul grav familial și anemia gravă a noului născut.

Autorul aduce o observație de icter grav familial și altă observație de anemie gravă a noului născut.

Insistă asupra rolului tratamentului preventiv și curativ al acestor afecțiuni cari dau o mare mortalitate.

Sunt stări patologice, în care noii născuți au în sânge, în momentul nașterei, un mare număr de celule roșii embrionare, printre care predomină eritroblaștii. In aceste stări numite eritroblastoze, globulul roș se oprește în evoluția lui la stadiul hepato-splenic, ca în luna a 3—5 de viață intra-uterină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In eritroblastoze în afară de perzistența în sânge a formelor embrionare ale globulului roș, găsim anemie prin distrucție globulară masivă.

Acest tablou sanguin se întâlnește în 3 din afecțiunile noului născut, care nu s'ar părea să aibă vreo legătură între ele: anazarca feto-placentară, icterul grav familial și anemia gravă. Aceste boale apar în aceiaș familie; vedem adese ori că după un icter grav, urmează un caz de anazarcă sau o anemie gravă.

Acest grup de boale interesează obstetricianii, pe pediatri, pe neurologi și pe medicii practicieni, de oarece diagnosticul de eritroblastoză comportă un tratament, care trebue instituit din vreme, altfel mortalitatea este foarte mare.

Termenul de eritroblastoză este datorit lui Rautmann, care a studiat în 1912 un caz de anazarcă feto-placentară. El a afirmat că anazarca n'ar fi o leucemie acută fetală cum se credea. Focarele hematopoetice anormale găsite în organele fătului ar fi formate din elemente embrionare ale globulului roș: megaloblești și eritroblești. Aceste forme embrionare ale globulului roș au fost găsite mai târziu de alți cercetători în icterul grav și în anemia gravă a noilor născuți.

*) Coloquiu ținut la Asoc. Docenților la 9 Aprilie 1937.

ANAZARCA FETOPLACENTARĂ (maladia lui Schrride) constă într'o *infiltrație edematoasă, generalizată a țesutului celular subcutanat și o* revărsare de lichid în seroase.

Anazarca fetală recunoaște multe cauze. Une ori este datorită disgenezei sanguine, eritroblastozei fetale. Despre acest fel de anazarcă avem să ne ocupăm. Ea survine, după Jascke, în proporție de 1/3000 nașteri. La început s'a crezut că ea este datorită leucemiei. Schridde (1910) și apoi Rautmann au arătat că este o eritroblastoză.

Din punct de vedere clinic avem de remarcat că anazarca fetoplacentară se observă de obicei la feții născuți în luna VII de viață intra-uterină. Feții aceștia se nasc morți sau sucombă curând după naștere. Ei sunt palizi ca ceara, mai rare ori icterici sau cianotici. Câte odată tegumentele au sufuziuni sanguine sau petechii. Din cauza infiltrației fața e rotundă, pielea capului e foarte destinsă.

Din cauza infiltrației greutatea fătului e foarte mare, ceia ce dă loc la nașteri dificile. In unele familii se nasc mai mulți copii atinși de anazarcă. In altele, cazurile de anazarcă alternează cu cele de icter grav familial sau de anemia noului născut. In general părinții sunt sănătoși. Sifilisul nu pare să aibă legătură cu această boală.

Edemul nu atinge numai fătul, ci prinde placenta și membranele.

Placenta atinge une ori 1200—2000 grame și chiar mai mult. Une ori găsim hidramnios de 4—5 litri. La autopsia copilului găsim infiltrație în piele. Mușchii sunt și ei edematoși, decolorați, semănând cu carnea de pește. Seroasele sunt pline cu lichid sub formă de ascită, hidrotorax, hidropericard. De cele mai multe ori splina e mărită de volum. Cordul e hipertrofiat, miocardul e palid.

In sânge nu găsim o anemie atât de mare ca în icterul grav familial. Ne având o destrucție mare globulară nu găsim nici icter și nici sideroză marcată în organe. In sânge găsim normoblești în mare proporție și rari megaloblești. Globulele albe ating 60.000 pe milimetrul-cub, alte ori ele se ridică la 275,000 și chiar la 450.000 globule albe.

Din punct de vedere istologic în ficat, în splină și chiar în rinichi constatăm numeroase insule hematopoietice compuse din eritroblești, mieloblești și mielocite.

In cord sunt leziuni importante. Fibra musculară cardiacă rămâne hipoplazică, nediferenciată, striațiile rămân incomplecte, fibra musculară are vacuole și une ori este atinsă de degenerescență grasă.

In placentă găsim edem și infiltrație celulară. Prin urmare găsim în organele hematopoetice o mare reacțiune hematopoetică și hemosideroză. In organele, care n'au un rol hematopoetic, găsim focare aberante hematopoetice.

In sânge constatăm forme embrionare; fibrele musculare cardiace sunt hipoplazice.

ICTERUL GRAV FAMILIAL. In 1908 Pfannenstiel, un obstetrician din Kiel, publică un studiu amănunțit asupra icterului grav familial, ceia ce a făcut să se zică acestei boale maladia lui Pfannenstiel. Pe vremea aceia nu se cunoștea natura icterului familial. In 1921 von Giercke constată în ficatul și în splina unui copil mort de icter

BCU Cluj / Central University Library Cluj

familial ţesut mieloid abondent şi siderosă intensă. In sânge el găseşte numeroşi eritroblaşti, megalocite, mieloblaşti şi mielociţi, adică aceleaşi elemente, pe care Schridde le semnalase în anazarca feto-placentară. Această asemănare de leziuni face pe von Giercke să stabilească o relaţie între aceste două boale. El are ocaziune, mai târziu, să observe în familia unde studiase icterul familial, că după câţiva ani se naşte un copil cu anazarcă feto-placentară. Succesiunea acestor două afecţiuni a fost apoi observată şi de alţi cercetători.

Icterul grav familial se iveşte rar. Noi l-am constatat cam la 1/10000 dintre copiii născuţi în Institutul Clinico-Obstetrical „Maternitatea", Director D-l Profesor N. Gheorghiu.

Ca şi în celelalte eritroblastoze avem de remarcat şi în icterul familial apariţia mai multor cazuri de icter grav în aceiaş familie, ceea ce este o adevărată nenorocire pentru ele, după cum vom vedea. Icterul grav survine la copiii la termen, bine constituiţi. Aceasta spre deosebire de anazarcă, care este apanajul feţilor în a VII lună de viaţă intrauterină.

Une ori copilul se naşte cu icter; de cele mai multe ori icterul apare câteva ore după naştere. Prin aceasta icterul grav se deosebeşte de icterul comun al noilor născuţi, care survine în a III—IV zi după naştere.

In icterul grav culoarea icterică este pronunţată, mai accentuată de cât în icterul comun.

ASPECTUL CLINIC este variabil. Intr'o lucrare publicată cu D-l D-r Virgil T. Ionescu am căutat, să degajez câteva forme clinice; astfel putem avea:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Forma benignă a icterului grav, în care starea generală este bună. Aceste cazuri sunt confundate de obiceiu cu icterul comun şi se vindecă fără nici un tratament. Diagnosticul poate fi făcut prin debutul precoce al icterului, prin bilirubinurie, eritroblastemie, prin antecedentele atât de preţioase în familiile atinse de eritroblastoze. In fine tulburările nervoase şi psihice, care se desvoltă mai târziu, arată că copilul a făcut la naştere un icter grav familial.

Forma comună a icterului grav se caracterizează în afară de icter intens, de bilirubinurie, de hepato şi de spleno-megalie, prin somnolenţă, apatie sau agitaţie, gemete, hipo sau hipertermie, denutriţie, scleredeme. Copilul moare după 4—6 zile.

Icterul grav familial tardiv. In primele 4—5 zile după naştere observăm o stare generală bună. Une ori copilul nici nu are icter în primele zile. El apare în aceste cazuri între a 2 şi a 4 zi. Dintr'o dată copilul nu mai suge, varsă, este agitat, geme, are convulziuni, devine hipertonic, pulsul este rău şi copilul moare repede.

Forma supra acută are evoluţie extrem de scurtă. Copilul intră curând în comă, are colaps, convulsiuni, perioade de apnee, este dispneic, cianotic, geme. Icterul este intens, temperatura se ridică une-ori la 39°—40°. Moartea survine la câteva ore după naştere, după o zi sau două.

Forma prelungită ţine 20—40 zile. După această perioadă starea generală se ameliorează, anemia dispare. Une ori starea generală con-

tinuă să fie rea. Copilul sucombă după câteva săptămâni, sau după câteva luni, din cauza leziunei organelor interne sau din cauza unei emoragii. Une ori după icter începe o anemie gravă.

Forma emoragică. Icterul grav familial nu este o maladie emoragică, totuşi unele cazuri prezintă peteşii, echimoze, epistaxis, omfaloragii, hematemeze, hematurii. După momentul, când survin aceste emoragii, putem distinge forma emoragică precoce şi forma emoragică târzie. Sub această formă icterul grav familial poate fi confundat cu icterul grav infecţios, în care hemocultura este adeseori pozitivă şi în care lipseşte eritroblastemia.

Forma nervoasă precoce apare a 3—5-a zi după naştere. Niciodată înainte de a 2-a zi. Copilul devine apatic şi comatos, prezintă strabism, nistagmus, trismus, convulziuni. Muşchii cefii sunt cantractaţi, une ori constatăm opistotonus, spasticitatea membrelor. In afară de viaţa de relaţie este atinsă şi viaţa vegetativă. Reflexele de sugere şi de deglutiţie sunt abolite. Vedem turburări termice, respiratorii, circulatorii, care pot explica cauza morţei chiar când la autopsie nu găsim leziuni în viscere. In această afecţiune, care dă degenerescenţă intensă a nucleilor gri centrali şi a substanţei gri a măduvei (Kernicterus) nu putem fi surprinşi de apariţia turburărilor nervoase.

Forma nervoasă târzie apare după câteva luni sau ani. Ea poate fi considerată ca o sequelă a icterului grav familial nuclear. Desvoltarea psihică a copilului se face târziu şi incomplect. Motilitatea prezintă şi ea turburări importante. Muşchii rămân în stare de spasticitate sau de hipotonie; observăm mişcări atetosice. Turburările nervoase sunt de origine extrapiramidală.

In icterul grav urina conţine bilirubină şi urobilină. Ea este de culoare galbenă închisă şi pătează lenjurile. Scaunele nu sunt decolorate. De cele mai multe ori splina şi ficatul sunt mult mărite de volum.

Timpul de coagulare, de sângerare şi rezistenţa globulară sunt normale, de cele mai multe ori. Globulele roşii ajung la 2.000.000 şi chiar la 1.500.000. Eritroblastele ajung la 50.000 şi chiar la 200 mii pe mm^3. Bilirubinuria este constantă. Diazo-reacţiunea lui Hymann van den Bergh este imediată sau directă şi întârziată sau indirectă, din cauză că icterul familial este un icter hemolitic şi mecanic în acelaş timp.

ANATOMIE PATOLOGICĂ. Ficatul este mărit de volum, ajungând dela 100—150 gr., cât e normal, până la 250 grame. El este icteric.

Splina este întotdeauna mărită. In loc să aibă 8—10 gr., cât e în stare normală, ajunge la 25—30 grame. La secţiunea creerului vedem că nucleii gri centrali sunt în unele cazuri galbeni sau brun verzui, constituind Kernicterus.

ANATOMIA MICROSCOPICĂ. In ficat găsim infiltraţii de bilirubină şi de sideroză. Găsim trombusuri biliari, focare hematopoietice în mare număr formate din elemente embrionare.

In rinichi sunt acelaşi leziuni, însă nu găsim focare hematopoietice ca în anazarcă.

In concluziune în icterul grav familial constatăm în viscere infiltraţie biliară, din cauza destrucţiei globulare şi focare aberante de hemato-

poeză. Elementele de diagnostic sunt prin urmare: antecedentele familiale, că în aceiaş familie au mai fost cazuri mortale de icter, debutul precoce al icterului, icter intens, hepato şi speno-megalie, somnolenţă şi stare generală rea. Examenul sângelui arată eritroblastemie. In viscere găsim focare hematopoietice formate din numeroşi eritroblaşti.

Am studiat de curând împreună cu D-l D-r Virgil Ionescu un caz de icter grav familial. Copilul a fost născut la termen cu o greutate normală, din părinţi sănătoşi, cu reacţiunea Bordet Wassermann negativă. Primul copil s'ar fi desvoltat normal(?). Al doilea copil, care face obiectul studiului de faţă, a prezentat icter chiar din momentul naşterii. El era apatic, somnolent, hipotermic. Sângele conţinea a 3-a zi dela naştere 2.800.000 hematii, 9000 leucocite şi 182.000 eritroblaşti pe mm.^{3} A 4-a zi după naştere au apărut turburările nervoase caracteristice icterului nuclear: trismus, deviaţia globilor oculari, convulziuni şi alte turburări. Copilul e prezentat în zilele următoare scleredem, hepato- şi spleno-megalie, pierdere importantă în greutate, albuminurie intensă. cilindri granuloşi, bilirubinurie şi în urmă anurie. El a sucombat a 12-a zi după naştere. Inainte de moarte avea 1.650.000 globule roşii, 11.000 leucocite şi 2400 eritroblaşti pe mm.^{3}

Ceia ce a caracterizat acest caz au fost fenomenele toxice, care au debutat chiar dela naştere.

Este de remarcat în cazul nostru numărul mare de eritroblaşti. Nucleii dela baza creerului erau colorati în galben; în ficat şi în rinichi am găsit leziuni de degenerescenţă, care ajungeau la necroză. Aceste leziuni destructive hepatice, renale şi nervoase explică moartea, chiar în afară de modificările sanguine.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANEMIA GRAVĂ A NOILOR NĂSCUŢI a fost mai pe larg studiată de Ecklin în 1919, din care cauză mai este numită maladia lui Ecklin. Apare de obicei la copiii la termen. Chiar din primele zile după naştere, copilul devine alb ca o cârpă (Abt.). Une ori anemia este mascată de icterul comun sau chiar de icterul grav familial. Când dispare icterul, rămâne anemia, care poate fi diagnosticată.

Constatăm că hemoglobina ajunge la 20—30%. Numărul globulelor roşii oscilează în jurul a 2 milioane. Ajunge une ori sub un milion.

Megaloblaştii şi eritroblaştii nu ating cifre mari. De obiceiu sunt cam 1000 pe mm^3. Numărul globulelor albe este mărit. Găsim cam 15—20.000. Serul sanguin dă reacţiunea lui Van den Bergh positivă.

In afară de eritroblaşti găsim în anemia gravă reticulocite în mare număr. Ştim că reticulocitele sunt globule roşii nenucleate în interiorul cărora există o reţea formată din granulaţii şi din filamente.

De obiceiu cazurile de anemie alternează cu cele de icter grav în aceiaş familie.

Leziunile în anemia gravă se apropie de cele din icterul grav. Găsim aceiaş hematopoeză aberantă, eritroblastoză şi sideroasă-viscerală.

Am avut ocaziunea să studiez un astfel de caz cu D-l D-r Herscovici. Copilul a fost născut la termen cu o greutate normală. Către sfârşitul primei săptămâni

suntem impresionaţi de paliditatea tegumentelor şi a mucoaselor. Splina debordează cu 3 cm. falsele coaste.

Ficatul coboară până la ombilic. Examenul sanguin practicat a 7-a zi ne arată 1.390.000 hematii, 43.000 leucocite, 38 normoblaşti la 100 leucocite, 12 megaloblaşti.

Anemia a început să se modifice la 2 săptămâni după naştere. Ulterior copilul s'a desvoltat în mod normal.

Pronosticul în eritroblastoză variază după formă. In anazarca feto-placentară copiii mor în uter în luna VII. Rare ori sunt născuţi vii, şi mor curând după naştere.

In icterul grav familial mortalitatea este foarte mare. Mor cam 78% dintre copiii atinşi de această boală.

Unii dintre cei, care scapă, rămân cu turburări nervoase, care-i fac infirmi. In anemia gravă pronosticul nu este rău; se admite că *această formă se vindecă şi singură*. De altfel *aşa a fost şi cu copilul* studiat de noi.

Tratament. Majoritatea autorilor admit că la baza icterului grav familial ar fi o toxicoză gravidică. Ca să micşorăm această stare se recomandă în timpul sarcinei dietă lacto-vegetariană. Alţii au recomandat urotropina, salicilatul de sodiu, iodurul de potasiu, sărurile de calciu, preparatele feruginoase. Bernheim Karrer, Pehu recomandă ca tratament profilactic să se dea femeei gravide, în ultimele 10 săptămâni ale sarcinei, câte 100 gr. de ficat fript pe zi. Dacă ficatul nu este suportat sub această formă se dau extrase de ficat per os sau se fac injecţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La copiii născuţi în familiile atinse de eritroblastoză ar trebui făcut imediat după naştere tratamentul cu injecţii de extracte de ficat şi injecţii de sânge, ca să introducem în corpul lor cât mai curând preparate antihemolitice. Hemoterapia este singurul tratament, care mai poate vindeca această maladie, cu condiţiunea ca ea să fie instituită cât mai precoce, înainte de a se instala leziunile viscerale şi leziunile nervoase. *Sângele introdus aduce un factor antihemolitic permiţând maturizarea globulelor roşii*, adică eliminarea nucleului şi posibilitatea să fixeze oxigenul.

Injecţiile cu sânge de la părinţi sau de la un donneur universal se pot face subcutanat, intra muscular, sau intra peritoneal. Calea cea mai activă este calea intravenoasă; se fac injecţii în sinusul longitudinal superior, în vena jugulară externă sau în venele regiunei temporale, *care se umflă în urma presiunei îndărătul urechei.*

Injecţiile se fac zilnic sau la 2 zile. Se injectează câte 15—40 cc. sânge.

In cazul de icter grav familial observat de noi am injectat 120 cc. sânge de la un donneur. Eritroblastoza a regresat, însă copilul a murit probabil din cauza leziunilor hepatice, renale şi nervoase.

Ca tratamente adjuvante se recomandă oxigen, tonicardiace, injecţii de insulină.

Ca să împedice noile sarcini, unii medici au recomandat să se lege şi să se secţioneze trompele. Această măsură pare excesivă de oarece în aceiaş familie naşterile de copii cu eritroblastoză pot alterna

cu naşteri de copii normali. Tratamentul preventiv făcut mamei în ultimele luni de sarcină, cât şi hemoterapia făcută copilului reduc mortalitatea infantilă.

In concluziune, cunoaşterea afecţiunilor datorite eritroblastozei, are o mare importanţă atât teoretică cât şi practică.

Caracterul familial al acestor boale ne explică dezastrele observate în unele familii. Mortalitatea mare dată de eritroblastoze se poate uneori micşora prin tratamentele preventive şi curative, pe care le avem la îndemână şi pe care e bine să le întrebuinţăm cât mai curând.

Dans le cadre de l'érythroblastose du nouveau-né, l'auteur étudie l'anasarque foeto-placentaire, l'ictère grave du nouveau-né. Il apporte une observation d'ictère grave familial et une autre observation d'anemie grave du nouveau-né, Il insiste sur le role du traitement préventif et curatif de ces affections. qui donnent une si forte mortalité.

In Rahmen der Erythroblastose des Neugeborenen der Verfasser studiert die Hydrops foetus universalis congenitus, Ikterus gravior familiaris und die Kongenitale Anämie der Neugeborenen. Er bringt Bemerkungen über Ikterus gravior und über die Kongenitale Anämie.

Er zeigt die Wichtigkeit der Prophylaxe und der Behandlung dieser Krankheit, die eine so grosse Sterblichkeit hervorruft.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ELIXIR GRANULE

HISTOGENOL

NALINE

Benzosulfon Paraamino Phenylarsinat de Na.
Dioxiphenil Arsinat de Na.
Arhenal.
Nucleophosphat de Na.
Glicerophosphat de Ca.

ADULŢI: 2 linguri de supă pe zi, înaintea meselor principale.
COPII: 2 linguriţe pe zi.

ANEMIE
NEURASTHENIE
TUBERCULOZĂ
PALUDISM
DIABET

REPR. GENERALĂ
BUCUREŞTI

S. A. R.

14, STR. ARCULUI
TELEFON: 2.81.81

DIFICULTĂŢLE TRATAMENTULUI BLENORAGIEI LA BĂRBAŢI *)

de

D-r V. TRIFU

Docent de Urologie.

„Tratamentul blenoragiei rămâne încă, pentru multă vreme, o ruşine a Medicinii"...

Specialişti eminenţi, în atâtea domenii ale Medicinei, — unde constataţi mereu, noui cuceriri ale Ştiinţii, — veţi fi desigur uimiţi că aduc aici o chestiune, ce vi se pare desigur, banală: **„Dificultăţile tratamentului Blenoragiei, la bărbaţi"**.

Şi totuşi, e vorba de o problemă deosebit de gravă, mai ales în România, unde dezastrele ce va produce — foarte curând — această **„plagă socială"**, Blenoragia —, ne vor sili pe toţi să luăm atitudine împotriva ei.

Deocamdată, — astăzi, — o privim aproape toţi, cu indiferenţă sau dispreţ, fiindcă este încă perfect exact aceia ce spunea la sfârşitul secolului al 18-lea, marele Bichat, publicând lecţiile maestrului său, Desault:

„Nu există o maladie mai răspândită ca gonoreia; pentru puţine maladii s'au scris atâtea volume şi s'au făcut atâtea cercetări — şi totuşi, poate că nu există alta mai puţin cunoscută".

Cât despre tratamentul Blenoragiei, nimic nu e mai precis stabilit, de mai bine de un sfert de veac — şi totuşi, — în jurul lui, dăinuieşte şi se accentuiază o adevărată Babilonie.

1. Fiindcă tratamentul întâmpină un şir întreg de **„dificultăţi"**, foarte variate, cari nu se pot prevedea întotdeauna — şi nici evita, de foarte multe ori.

2. Fiindcă există o accentuată pornire de a se ignora asemenea dificultăţi, a cărora recunoaştere s'ar putea interpreta de profani, ca o stare pe loc în faţa Progresului...

Această pornire e aşa de vie, încât mai mulţi confraţi uită adevărul elementar că **„Blenoragia e o boală eminamente de teren"** şi se grăbesc să creadă posibil, un tratament „standard" al Blenoragiei.

*) Coloquiu ţinut la Asoc. Docenţilor la 26 Martie 1937, Bucureşti, Spit. Colţea.

In realitate, tratamentul acesta este cu desăvârşire variabil după fiecare caz —, fiindcă, fiecare caz oferă dificultăţile lui speciale, sub diverse intensităţi şi forme, — şi în aşa măsură, încât tratamentul perfect potrivit unui caz, poate fi nu numai fără efect în alte cazuri, ci, pur şi simplu, dezastruos.

Aceste dificultăţi ne întâmpină — dacă suntem conştiincioşi —, din primul moment al înfăţişării bolnavului, deşi în general acesta îşi pune singur diagnosticul şi adesea — ne indică şi tratamentul cel mai modern şi mai prielnic.

Dacă nu-i întotdeauna o dificultate să contrazici pacientul, e în schimb, foarte des un risc... de a fi părăsit şi judecat cu asprime.

Când îndrăsneşti un asemenea risc, te poţi interesa dacă într'adevăr secreţia bolnavului înseamnă blenoragie, adică **uretrită gonococică**, sau, dacă e vorba de o uretrită de altă natură: **colibacilară, enterococică, stafilococică**, etc. [1]).

Trecând peste **uretritele transitorii** ale paludismului, febrei tifoide, oreillonului, — ca şi peste acelea care însoţesc uneori cancerul, calculoza sau tuberculoza —, trebuie să observăm că sunt nenumărate uretritele provocate de ulcere şancroase sau mai ales sifilitice localizate în uretră şi că în imensa majoritate a cazurilor, în special ultimile, sunt diagnosticate prea târziu.

In afară de **agenţii biotici**, produc uretrite şi unii **agenţi fizici** (diatermia, dilataţiile, corpii străini, calculii uretrali sau prostatici, chiar neinfectaţi, oxaluria, raportul sexual excesiv) şi unii **agenţi chimici** (medicamente preventive injectate în uretră, desinfectanţi de pe sonde şi chiar medicamente ingerate, de pildă excesul de urotropină, de iodur de potasiu, arsenicale, etc.).

La aceşti agenţi, Luys adaogă: **„uretritele aseptice"**, provocate de o aprindere (échauffement) a uretrei prin bere, şampanie, etc.; **„uretritele diatesice"** ale herpesului, reumatismului, gutei, diabetului; **„uretritele toxice"** provocate de diferite alimente ca sparanghelul, cressonul, fragi, picanterii, raci.

Microscopul deci, este aşa de necesar, încât cu drept cuvânt a putut spune Prof. Ştefănescu-Galaţi: **„Blenoragia acută se tratează cu microscopul"...**

Acest instrument — de care atâţi medici cred că se pot dispensa — şi — care pentru alţii, este inaccesibil —, e riguros necesar în mâinile urologului, care are de cules date extrem de interesante din examenul atent şi repetat al secreţiei uretrale.

Există **gonococi?** Sunt însă ei într'adevăr gonococi? fiindcă nu numai Barbellion şi Debains cred că „în căutarea gonococului pe lame se fac 30 la sută „erori", dar şi Janet susţine că foarte des luăm drept gonococi, diferiţi germeni instabili, **„pseudogonococi"**, cari sub diferitele lor aspecte pot să apară ca gonococi.

Dacă sunt într'adevăr gonococi, care e raportul între ei şi alţi

1) *Luys*, care constată 6 categorii de uretrite negonococice, enumără în prima categorie — uretrite cu alţi microbi decât gonococul —, uretrite provocate de stafilococ, enterococ, pseudobacil, colibacil, streptococ, pneumococ, sarcine, bac. difteric, pneumobacilul Friedländer, b. Koch, micrococul falax, micrococul cerruleus albus, bacilul piocianic, micrococul tretragen, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

microbi, între ei şi leucocite, sau celulele epiteliale din puroi; dar *raportul dintre epiteliale şi leucocite?*

Fiindcă, numărul mare al microbilor, al leucocitelor şi al epitelialelor indică o infecţie foarte recentă, o inflamaţie puternică a delicateĭ mucoase uretrale, care e atacată violent de microbi de sus în jos, în timp ce este răsturnată pe distanţe variabile şi în regiuni diferite, de jos în sus, de năvala leucocitelor.

Examinând lama, vezi starea gravă a uretrei şi te întrebi, cum ai putea ataca microbii fără a accentua dezordinea din uretră, — desordine ce poate lăsa urme foarte grave, chiar după vindecare?

In curând, pe lamă leucocitele domină aşa de mult încât epitelialele devin foarte rare. Microbii se menţin foarte numeroşi şi foarte activi: o leucocită e ruptă de grămada gonococilor, alta e abia invadată şi printre leucocite grupe caracteristice caută noui victime.

In fine, la un moment dat, leucocitele nu mai apar; parcă au renunţat la lupta lor; în schimb, celulele epiteliale, unele alterate profund, altele întregi, umplu câmpul microscopic; în jurul lor şi în ele, în locul gonococilor cari au trecut în profunzimea mucoasei sau în glandele uretrei, dăinuind numai pe alocuri în secreţia uretrală, — apar **microbii asociaţi**, cari se instalează — pentru timp îndelungat — pe ruinele pavimentoase, produse de gonococ.

Aceşti microbi, foarte greşit consideraţi **„banali"**, constituesc fortificaţii de câmp deschis în uretră, în timp ce gonococul singur sau asociat formează adevărate citadele în glande, de unde — la intervale variabile — năvălesc, *fie spre a însoţi sperma şi a infecta alt organism*, — fie numai spre a distruge câteva din insulele de epiteliu cilindric ce au scăpat nevătămate în uretră.

Intervenţia noastră terapeutică — dacă vrea să fie ştiinţifică şi prielnică — trebuie să ţină neapărat seamă de asemenea constatări ale microscopului.

Şi e o adevărată artă să ştii să ataci microbul în organele genitale — de o excesivă gingăşie — fără a jigni ţesuturile. E o adevărată pasiune în acelaş timp, care explică viaţa unui Janet sau a unui Luys, consacrată combaterii Blenoragieĭ.

Dar, e *cineva care ţine morţiş* **să zădărnicească opera specialistului: bolnavul** însuşi; nenorocitul bolnav care nu e bolnav, fiindcă îşi păstrează toate nevoile şi toate poftele. Ingerând alimentele şi băuturile ce i s'au interzis şi cari tocmai de aceia i se par mai ispititoare, — bolnavul îşi încarcă urinile cari devin foarte iritante. El nu-şi poate închipui ce legătură poate fi între oboseală şi blenoragie —, şi crede că se răsbună pe medicul care-l dojeneşte, dacă-şi continuă raporturile sexuale. Când, din cauza inflamaţieĭ nu poate avea contact, se răsbună pe propriul său penis, storcându-l cu disperare.

Alegerea antisepticului cel mai potrivit pentru fiecare caz în parte, ca şi **alegerea metodei** *lui de aplicare*, constituiesc adevărate probleme, în tratamentul Blenoragieĭ.

In marile tratate de Urologie se recomandă în general, **spălăturile largi Janet.**

Dar, ele necesită o mână foarte pricepută şi o deosebită atenţie,

întotdeauna. Iar uneori, a le întrebuinţa e temerar, chiar şi pentru cel mai abil specialist: anume în formele foarte acute, când trebuie să se evite orice fel de traumatizare a uretrei, şi când ar fi poate mai bine să punctionezi vesica decât să laşi să treacă urina prin canalul care sângerează după fiecare micţiune.

Fiindcă un asemenea procedeu, deşi justificat, nu se poate aplica, — cel mai bun lucru e să recurgem la chimioterapie, intravenos sau per os.

Şi în plus, să aplicăm neapărat, un tratament antiflogistic. Metoda lui Renault e excelentă şi unanim prescrisă. Daţi-mi voie să notez în treacăt că acest tratament antifilogistic răspunde unei indicaţii foarte vechi — pe care ilustrul Ambroise Paré o exprimă astfel în capitolul „Curation particuliere de la Chaude-pisse":

„Et premierement nous faut commencer à ceder la douleur, et diminuer l'inflammation tant que nous pourrons"...

Din nenorocire, din când în când apar „inovatori" cari au vederi opuse. Vă voi cita, tot în treacăt, năsdrăvana metodă a „écouvillonage"-ului, de acum 40 de ani, preconizată de Verchère, care constă în raclarea mucoasei uretrale cu o măturică cilindrică şi apoi tratarea ei cu nitrat de argint 1/30.

Cel mai bun medicament antigonococic, în spălături Janet, va rămânea încă multă vreme, permanganatul de K., în soluţii slabe. In uretritele unde gonococul e asociat sau a fost înlocuit, trebue să alegem substanţe potrivite pentru fiecare specie microbiană şi soluţii în raport invers cu gradul de intensitate al infecţiei. Nu e o indicaţie nouă; am găsit-o şi în Ambroise Paré, care scrie: „Il te faudra diminuer et augmenter la force des ingrediens, selon que verras estre necessaire"...

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din nenorocire, bolnavul întotdeauna e scandalizat, chiar dacă e sărac — şi poate, mai ales când e sărac — că nu i se aplică „ceva nou", şi e o veche dorinţă a mea să pot fotografia mina bolnavului când vede în irigator, permanganatul... Ar fi un document interesant pentru cei cari ar voi să studieze paradoxele inteligenţii umane.

Această inteligenţă umană, decât salvarea uretrei cu „ceva banal", preferă nimicirea ei, cu „ceva nou".

Nu am făcut o digresiune, ci am notat o dificultate, în tratamentul blenoragiei.

Chimioterapia antiblenoragică per os, constă în administrarea unuia din coloranţii foarte întrebuinţaţi azi şi foarte buni în infecţiile uretrale superficiale.

Chimioterapia intravenoasă, cu care s'au făcut excese foarte dăunătoare ce au alarmat adesea pe confraţii internişti, are indicaţiuni foarte restrânse şi precise, ca şi Proteinoterapia, Seroterapia şi Vaccinoterapia antiblenoragică.

E firesc delicat şi dificil să studiezi complet pe bolnavul de blenoragie, dar este cu desăvârşire necesar pentru orice medic, care nu vrea, „să dea foc morii, ca să ardă şoarecii"...

Chimioterapia intravenoasă, ca şi aceia bucală, nu are rost decât în uretritele superficiale. E o absurditate întrebuinţarea ei, în alte cazuri. Şi sunt fericit că am dovedit aceasta printre primii autori. Dar, deşi concluziile mele din 1923, 1924 şi 1926 au fost acceptate de Janet,

care le citează în parte, în opera sa „Diagnostic et Traitement de la Blennorragie", totuşi ele au fost desconsiderate la noi, unde — în ciuda lor — chimioterapia intravenoasă [1]) s'a aplicat prin 1926—1928, cu o adevărată furie criminală.

Seroterapia, vaccinoterapia şi proteinoterapia nu dau rezultate prielnice în Blenoragia acută şi dau rezultate variabile în celelalte forme, cu atât mai discutabile cu cât leziunile sunt mai vechi şi deci, gonococul mai bine şi mai profund adăpostit în uretră.

In formele prea acute, vaccinoterapia şi proteinoterapia dau reacţii de focar ce pot agrava şi mări considerabil riscurile complicaţiilor. Ori, e temerar să mărim aceste riscuri când conclusiile Şcoalei dela Necker sunt aşa de pesimiste chiar în 1934, când P. Barbellion, în numele ei, spune la „Soc. franceză de Urologie":

...„prin orice tratament ar fi îngrijită, în mai mult de jumătate din cazuri, blenoragia atinge uretra posterioară"...

Deasemeni, Luys menţine în 1932, gravele procente ale prostatitei, publicate de Montagnin în 1885 şi de Eraud în 1896, după care 70 din 100 de blenoragici fac prostatită.

Aproape jumătate din aceştia — sau mai exact 25 la sută din blenoragii se complică cu epididimite.

Desigur, — afară de circa 30 la sută din gonococemii, 100 la sută din endocarditele maligne, cari sunt mortale, — complicaţiile gonococice se vindecă, însă numai rar fără consecinţe, adesea extrem de grave: sterilitate, impotenţă, anchiloze, orbiri, etc.

Prin urmare, prima noastră grijă — şi a bolnavului — trebuie să fie să evităm complicaţiile, orice complicaţie, nu numai generală, ci şi locală.

Eficacitatea sero- şi vaccinoterapiei e cu atât mai certă cu cât infecţia e mai departe de uretră şi cu cât (prin tratamentul local) vom şti mai bine să diminuăm infecţia din focarele uretrale ori periuretrale, de unde se generalizează infecţia.

Ori, aplicând vaccinoterapia în formele acute, agravăm aceste din urmă focare şi favorizăm infecţiile generale.

Vaccinoterapia aplicată cu atenţie, progresiv — şi în special autovaccinoterapia şi vaccinurile mixte — este adesea foarte avantajoasă, în leziunile uretrale şi periuretrale recent cronicizate, prin congestia ce produce în jurul infiltraţiilor şi a închistărilor; acestea devin astfel mai vulnerabile faţă de tratamentul local, indispensabil.

Acţiunea seroterapiei locale e întotdeauna nulă, iar vaccinoterapia locală a fost abandonată din cauza complicaţiilor ce produce. Pe ici pe colo, din dorinţa de a părea noui, unii confraţi injectează vaccinul sub mucoasa uretrală: au produs foarte dese sfacele şi mai târziu, toţi bolnavii supuşi acestui tratament vor face stricturi cicatriciale, nedilatabile...

Dacă acuitatea blenoragiei comandă reţinere în aplicaţiunile locale, cronicitatea blenoragiei uretrale nu justifică niciodată brutalizările uretrei. Dilataţiile şi masajele uretrei, uretroscopia, injecţiile uretrale,

1) Cu clorhidratul de diaminometil acridină sub forma de gonacrină şi trypaflavină.

tratamentul endoscopic, cauterizările, creioanele — trebuie să remedieze răul, fără a atinge integritatea mucoasei care a rămas normală; altfel creiem posibilități de întindere pentru infecția gonococică ori negonococică, sau lesiuni, cari, chiar aseptice dacă rămân, au consecințe grave.

„Poursuivant la curation des dites carnosités — zicea A. Paré, vorbind de infiltrațiile cronice —, il se convient garder de trop user en la voie de l'urine, de remèdes acres et corrosifs, pource que la sensibilité de ce conduit estant par iceux offensée, pourroit estre cause de grands accidents"...

Atât uretra cât și anexele ei așa de complicate, pot fi minuțios examinate, iar focarele ce ar putea adăposti ele, destul de ușor atacate — învingând desigur, încă unele dificultăți; cum ar fi înjghebarea unui instrumentar complet, din care nu poate lipsi uretroscopul, fiindcă, „Blenoragia cronică, mai zice Prof. Ștefănescu-Galați, se tratează și cu uretroscopul".

Natural, la acest instrumentar foarte costisitor e nevoie să adăogăm și aparate inutile sau aproape inutile: de pildă, un aparat de diatermie sau unul de raze ultra scurte, fiindcă pacientul le caută din ochi și pleacă disprețuitor dacă nu le vede.

Nu cunosc nici un caz de blenoragie adevărată vindecată numai prin diatermie, cum nu cunosc cu siguranță, nici cei cari o laudă, deși în specialitatea noastră, am căutat toți să avem sau să vedem măcar un singur asemenea caz.

Diatermia poate face — în blenoragiile cronice vechi — aceia ce face vaccinul în cele cronice noui: să congestioneze focarele latente, să le evidențieze, să le facă mai accesibile tratamentului clasic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dacă diatermia e întrebuințată azi, de unii, ca pe vremuri instilațiile cari modificau uretra cheratinizând-o ca să ascundă ori să înăbușe focarele, nu însemnează că realizează o vindecare, ci dimpotrivă.

O dificultate, ce se leagă de instrumentar, e dobândirea unei priceperi și a unei îndemânări absolut necesare pentru a-l mânui, după o ucenicie suficientă lângă un maestru veritabil, greu de găsit...

In calea tratamentului blenoragiei cronice, mai mult decât în calea celei acute, se pot ivi diverse malformațiuni anatomice, ce ascund gonococul: canale parauretrale, adesea extrem de complicate și greu de distrus, diverticule uretrale și prostatice, necesitând cateterizări speciale, caverne prostatice. Ele ne obligă — mai ales după recentele studii ale Prof. Chevassu, să recurgem uneori și la uretrografii pentru a le descoperi și a avea indicații precise asupra conduitei noastre care poate fi câteodată chirurgicală.

Vesiculita cronică blenoragică rebelă ne poate obliga să recurgem la metoda Belfield-Luys, ce constă în injeciarea prin canalul deferent, descoperit chirurgical, a unui desinfectant, colargolul, care umple vesicula și se menține acolo patru zile. Din fericire, această indicație e foarte rară; în cariera mea am fost nevoit să recurg la ea numai în 26 de cazuri. Zic, din fericire, fiindcă deși e o metodă numai delicată nu și dificilă, ea nu e scutită de accidente extrem de grave, cum a arătat Blanc (Bordeaux).

Pentru prostatitele rebele, Terry Townsend a încercat anul trecut, puncția prin perineu și injecții de substanțe antiseptice „ce pot

fi tolerate de sânge, fiindcă se umplu glandele, dar pot fi străbătute şi vasele".

Desigur, dificultăţile ce ne opune uneori o prostatită cronică ne va determina şi pe noi să recurgem într'o zi la asemenea puncţiuni, dar, deocamdată, eu nu înţeleg cum s'ar putea umple toţi acinii prostatici, prin asemenea puncţii. Prostata nu e o pungă şi nici canale ce să comunice toate între ele.

Dar, şi în afară de aceste contribuţii recente, era precis faptul ca nici un focar blenoragic nu ne poate scăpa. Dovadă categorică este faptul că **putem vindeca întotdeauna blenoragia la bărbat.**

Insă, din o sută de bolnavi cari răspund favorabil la toate probele de vindecare clasice, **zece au însă gonococi în sperma lor.** Am arătat acest lucru încă de acum 15 ani, când autorii străini dădeau cifre de persistenţă a gonococului în spermă, fantastice: Lebreton 82 la sută, Barbeillon 80 la sută, Maille 94 la sută, Boeckel 51 la sută, Giscard 50 la sută şi aşa mai departe.

Verificând datele mele pe 1600 de culturi de spermă cu concursul unor bacteriologi eminenţi: Iriminoiu, Popescu-Măleni, Sonea, Sachelarie, Spiru Constantinescu, am susţinut la Paris, în 1927, ca veritabil, procentul meu de 10 la sută. Combătut de Janet şi Debains, susţinut de regretatul Le Fur, am azi satisfacţia de a vedea procentul acesta menţionat de Luys în 1932, în marele său tratat — identic cu al majorităţii autorilor.

Această persistenţă a gonococului în spermă la 10 din 100 de bolnavi aparent vindecaţi, nu înseamnă că vindecarea reală a blenoragiei se poate obţine numai în 90 la sută din cazuri. Fiindcă continuând tratamentul mai susţinut şi mai atent, folosindu-ne şi de autovaccin, obţinem mai curând sau mai târziu, vindecarea perfectă a tuturor bolnavilor.

Biblioteca Universitară Iaşi

Prin vindecare, să înţelegem, nu numai dispariţia gonococului, ci şi a asociaţilor lui.

Cazul cel mai dificil pe care l-am avut, e al unui frizer din Bucureşti, însurat de 3 ani şi perfect sănătos, pe care l-am îngrijit pentru a-l vindeca... 2 ani, zi cu zi.

Desigur o asemenea durată e excepţională, dacă avem realmente concursul pacientului. Dar, câţi pacienţi înţeleg aceasta? Chiar când sunt medici.

Imensa majoritate îşi continuă raporturile sexuale. Şi ceva mai mult: unii şi le continuă chiar cu femeia care i-a îmbolnăvit sau pe care ei au îmbolnăvit-o.

Aceştia îşi **trec gonococul ca mingea la tennis;** o dau, o iau, o dau iar şi aşa mai departe, realizând aceia ce numia cu umor, în 1919, Cattier: **„un gono-tennis".**

Nu pot trece — deşi cele 15 minute ce mi-aţi acordat mă obligă să trec altele — dificultatea interesantă ce ni se opune uneori şi care rezultă dintr'o **asociere a blenoragiei cu sifilisul.** Strominger — inspirat de „scrofulatul de verolă" al lui Ricord, o numeşte **„blenorat de verolă"**, iar din 1933, Gougerot, semnalând-o deasemeni, **„hibrid gono-sifilis".**

Căutarea sifilisului este deci necesară în toate blenoragiile rebele sau grave.

Peste 3 zile, adică Luni 29 Martie, se deschide la New-York, „Primul Congres Internaţional de Piretoterapie", la care d. Janet, raportor pentru „afecţiunile gonococice", a binevoit să mă invite. Sunt niţeluş sceptic în privinţa rezultatelor ce se vor aduce acolo de acei cari cred că pot învinge prin piretoterapie dificultăţile de până acum ale tratamentului blenoragiei.

Fiindcă „piretoterapia" e mult mai puţin ca „hiperpirexia". Ori, iată ce reese dintr'un articol al lui Desjardins Stuhler şi W. Popp de la Rochester, publicat recent, în „Presse Médicale":

Din 125 de bolnavi, numai 100 au putut suporta hiperpirexia şi din aceştia 8 nu s'au vindecat.

Dacă e aşa, înseamnă că pentru 33 din 125 de bolnavi trebuie să menţinem lupta de până acum, iar pentru ceilalţi să ne procurăm aparate termogene speciale, în care să-i introducem, lăsându-le afară numai capul. Bolnavilor li se ridică temperatura aici, din 2 în 2 zile, timp de 10—15 ore, în şir, la 41°7...

In plus, admiţând firesţe că „hiperpirexia" e într'adevăr vindecătoare, ne vom angaja şi un personal bine instruit şi îndemânatic, care să ne supravegheze bolnavii ca să nu moară în aparat...

Invingând toate dificultăţile tratamentului blenoragiei, — specialistul —, mai ales dacă e om de inimă, — poate risca o adevărată nenorocire: bolnavii îl îmbulzesc, îl extenuiază. Invidiat fără rost de confraţi şi înşelat de pacienţi, în majoritate ingraţi, — dacă nu bagă în seamă, e pierdut...

Mi-aduc aminte cu emoţie, de un asemenea specialist, — una din cele mai splendite figuri ale Medicinei româneşti şi o inimă excepţională: docentul Gică Stoicescu.

L'am ascultat, în 1914, chiar în sala aceasta; ne-a făcut atunci două lecţii admirabile despre Blenoragie — singurele pe care le-am auzit în tot cursul Facultăţii... Peste un an şi jumătate, la 30 Dec. 1915, Stoicescu s'a sinucis.

L'a plâns o lume întreagă firesţe. Insă, câţi îşi mai aduc aminte de el, astăzi?

Nu l'a putut nimeni înlocui. Blenoragia face ravagii tot mai grave. Ar fi atâta nevoie acum de rara autoritate ştiinţifică şi de farmecul personal al lui Stoicescu pentru a se crea falange de medici pregătiţi şi de inimă! Insă, doar lecţiile lui din 1914, mai dăinuiesc poate numai în mintea mea. De aceea v'am vorbit aşa cum v'am vorbit. — D-voastră însă, nu combateţi Blenoragia, ci alte flagele ale Omenirii...

Invăţăturile lui Gică Stoicescu sunt deci, ca şi pierdute. Nimic nu împiedică la noi, — cum nu împiedică poate nici aiurea —, un fapt cu desăvârşire trist, mai ales azi, când dificultăţile ce enumărai, se pot învinge, — şi anume, ca totuşi, — tratamentul blenoragiei să rămână încă pentru foarte multă vreme, o ruşine a Medicinii...

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L'auteur énumère «les difficultés du traitement de la blennorrhagie chez l'homme:» la nécessité d'un diagnostic précis de la nature de l'urétrite et de ses complications: la nécessité d'une évaluation exacte de la gravité des lésions; l'importance de l'accomodement du traitement pour chaque cas séparément et la difficulté du choix du rémède le plus favorable dans un arsénal thérapeutique très compliqué où chaque remède possède sa valeur et son indication spéciales; la persistance du gonococ et de ses associés dans des foyes cachés et souvent difficilement attaquables, surtout à cause de la fréquence des malformations anatomiques; la lutte du spécialiste avec les malades impatients et désobéissants et avec les «innovateurs» tumultueux et sans scrupules; la difficulté de se procurer des instruments nombreux et dispendieux; la rareté des maîtres dévoués à la lutte contre ce fléau social et destinés à l'instruction claire de la jeunesse médicale dans ce sens; la longue durée inévitable du traitement etc.

Néanmoins, toutes ces difficultés peuvent être écartées; plus tôt ou plus tard et—hélas—souvent même avec certaines conséquences indélebiles—la blénnorrhagie est cependant guérissable dans tous les cas chez l'homme.

L'autore enumera «le difficoltà» per la cura della blennoragia dell'uomo: la necessità di una diagnostica precisa della natura dell' uretrite e delle sue complicazioni; la necessità di una valutazione esatta della gravità delle lesioni; l'importanza di accomodare la cura secondo il caso e la difficoltà della scelta del rimedio il piu favorevole in un arsenale terapeutico molto complicato di rimedi aventi ciasuno valore ed indicazione speciali: la persistenza del gonococo e di suoi associati nei centri celati e talvolta difficilmente attacabili, supratutto per causa di frequenti malformazioni anatomiche; la lotta dello specialista con ammalatti impacienti e disubbidienti e con «innovatori» tumultuosi e senza scrupoli; la difficoltà di procurassi degli strumenti numerosi e stipendiosi; la rarità degli insegnanti devotati alla lotta contro questo flagello sociale e destinati ad istruire i giovani medicinisti in tale senso; la longua durata inevitabile della cura, ec.c.

Tuttavia queste difficoltà possono esser allontanate; piu tosto o piu tarde,—ma—pur tropo—talvolta con conseguenze indelebili—la blennoragia dell' uomo è pertanto guaribile in tutti i casi.

Der Verfasser zählt die Schwierigkeiten der Behandlung der Blennoragie beim Manne auf wie: die Notwendigkeit einer präzisen Diagnose der uretrischen Natur u. deren Komplikationen; die Notwendigkeit einer genauen Beurteilung der Schwere der Verletzungen; die Wichtigkeit der Anzuwendenden Behandlung von Fale zu Fale u. die Schwirigkeit der Wahl der günstigen therapeutischen Mittel aus einem sehr komplizierten Arsenal, in welchem jeder Heilmittel seinen besonderen Wert u. Bestimmung hat; die Beharlichkeit der Gonokokken u. ihrer Verbundeten in verborgenen Herden, die oft schwer zu bekämpfen sind, inshesondere wegen so häufigen anatomischen Missbildungen; der Kampf der Spezialisten mit ungeduldigen, unvernumpftigen Kranken u. lärmenden skrupullosen «Neurerern»; die schwere Beschaffung einer reichen Austattung von Instrumenten, die Seltenheit der Meister, die sich ganz dem Kampfe gegen dieses soziale Übel widmen u. sich für die klare Anweisung (Belehrung) der lugend in diesem Sinne einleiten; die unvermaidliche lange Dauer der Behandlung u. s. w.

Alle diese «Schwirigkeiten» sind jedoch zu beseitigen: früher oder später, oft mit einigen unauslösslichen Folgen ist die Blennorrhagien denoch beim Manne in allen Fällen heilbar.

PROBLEMA CONTAMINARII IN LIMFOGRANULOMATOZA INGUINALA (MALADIA LUI NICOLAS ŞI FAVRE) *)

de

D-r ŞT. THEODORESCU

Cercetările experimentale în limfo-granulomatoza inguinală ne-au arătat că există încă o necunoscută în modul de transmitere a acestei afecţiuni.

Problema transmiterei virusului limfogranulomatos de la un individ bolnav la unul sănătos, departe de a fi complet elucidată, după cum vom vedea îndată, pluteşte încă în întuneric în ceea ce priveşte transmiterea ei experimentală, iar rezolvarea ei este în funcţie de rezultatul cercetărilor ce s'au întreprins sau se vor întreprinde încă în această direcţiune.

Iată pe scurt în ce constă această problemă. Astăzi este universalmente cunoscut, mai ales din anul 1925 de când posibilitatea diagnosticului limfo-gr. inguinale ne-a fost dată de către autorul german Frei, prin reacţiunea intradermică preconizată de el şi care-i poartă numele, că maladia lui Nicolas şi Favre este o maladie infecţioasă, datorită unui ultra-virus specific şi transmisibilă de la om la om într'o proporţie de aproape sută la sută, prin intermediul raporturilor sexuale. Zicem aproape sută la sută pentrucă se cunosc cazuri de altfel extrem de rare de infecţiuni la medici pe cale nevenerică, provocate prin înţepături în timpul intervenţiilor chirurgicale, după cum cunoaştem şi un caz publicat de Prof. Nicolau în care este vorba de o fetiţă de 5 ani atinsă de o adenită limfo-gr. pe care o contractase venind în atingere cu puroiul provenit din nişte leziuni ano-rectale de aceiaşi natură, de care suferea mama sa cu care dormia în acelaş pat.

Localizările maladiei, precum şi confruntările dintre parteneri au fost suficiente ca această afecţiune să fie considerată astăzi ca o adevărată maladie veneriană şi anume a 4-a maladie veneriană, ea clasându-se imediat după infecţiunea spirochetică, dureinică şi neisseriană.

Fie că este vorba de un şancru I. gr., de un ulcer cronic vaginal, sau în fine de leziuni anorectale de aceiaşi natură, fiecare produs al acestor diferite leziuni este capabil de a transmite maladia, de la un individ bolnav la unul sănătos, prin intermediul raporturilor sexuale. De altfel relatările Prof. Nicolau, făcute în congresul internaţional

*) Coloquiu ţinut la Asoc. Docenţilor Fac. de Medicină din Bucureşti la 16 Aprilie 1937.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de dermatologie şi sifiligrafie ţinut în 1935 la Budapesta, unde D-sa a avut calitatea de raportor general al acestei afecţiuni, sunt concludente; aceste relatări situiază din nefericire ţara noastră printre ţările cu cel mai ridicat procentaj de limfogranulamatoşi, aceasta datorită în primul rând măsurilor insuficiente pe care autorităţile noastre le-au luat până în prezent în combaterea prostituţiei.

Dacă în domeniul experimental pe animale chestiunea virulenţei diferitelor produse patologice, fie ele puroi de adenite, leziuni anorectale, estiomene sau simple ulcere cronice vaginale, este astăzi perfect demonstrată prin cercetările făcute de diferiţi autori dintre care trebuie să cităm pe **Levaditi, Helerström, Wasseu** etc., cercetări făcute mai ales pe maimuţe, unde prin inoculări cerebrale s'a căpătat întotdeauna meningo-encefalite acute sau cronice, mortale şi transmisibile în serie, şi dacă în clinică chestiunea contaminării de la individ la individ este astăzi tot aşa de perfect demonstrată, sursa de contaminare cea mai periculoasă constituind-o aci ulcerul cronic vaginal şi mai puţin şancrul limf. gr. şi lez. anorectale, lucrurile se schimbă însă în mod complet, când trecând în domeniul experimental la om, căutăm să realizăm trecerea acestui virus de la un individ bolnav la unul sănătos.

Intr'adevăr, această trecere experimentală a maladiei lui **Nicolas** şi **Favre** de la om la om, şi aceasta este problema pe care căutăm să o desvoltăm aci, întâmpină, fără să ne fi aşteptat cât de puţin la aceasta, aşa de mari dificultăţi, în cât cazurile de reuşită a acestui fel de trecere, făcute toate cu un scop terapeutic, sunt excepţional de reduse.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Primul caz de transmisiune experimentală a acestei maladii la om, a fost realizat de **Chevalier** şi **Bernard**, în anul 1931. Aceşti autori au inoculat în dermul coapsei la 3 bolnavi atinşi de maladii ale sistemului nervos, o emulsie de ganglioni limf. gr. Dintre aceşti bolnavi, unul singur, o femeie, a făcut o adenopatie torpidă, fără inflamaţie, de volum moderat şi care dură 5 luni cu o reacţie **Frei** intens pozitivă. Deşi este vorba de o adenopatie fără toate caracterele unei adenopatii limfo-gr., mai mult de o adenopatie benignă, totuşi în mod indiscutabil, avem de a face cu o inoculare pozitivă. De asemeni, aceiaşi autori, prin intermediul unor reacţiuni Frei, făcute cu material emulsionat de ganglioni l. gr., încălzit 2 zile la 57°, au căpătat în 3 cazuri adenite benigne sau banale.

Levaditi, Marie şi Lépine, în 1933, servindu-se de surse de virus de la animale, au inoculat la un paralitic general, o zecime de cmc. dintr'o emulsie de creier de maimuţe, după 12 treceri, şi au căpătat o adenită inguinală bilaterală cu toate caracterele unei adenite limfo-gr.

Wassen, în fine, tot cu surse de virus animal şi anume cu acelea obţinute prin inoculare intracerebrală la şoareci şi după mai multe treceri, a reuşit să producă la om pe 7 cazuri, prin inoculare intraprepuţială, o adenită de aspect l. gr.

Cu produse patologice de la om şi anume cu puroi extras din bubon limfo-gr. şi serozitate de şancru de aceiaşi natură, încă din 1931, Prof. Nicolau şi Banciu au inoculat 6 bolnavi în regiunea coapsei

şi în şanţul babano-prepuţial cu rezultate negative. Aceşti bolnavi nu au fost însă urmăriţi de cât 3 săptămâni.

La congresul internaţional de Dermatologie şi sifiligrafie, ţinut în 1935 la Budapesta, colegii noştri de clinică, D-rii Banciu şi Blumental, au comunicat despre încercările de inoculare pe care dânşii le-au făcut la om cu virusul maladiei lui Nicolas şi Favre.

Pe un număr de 212 bolnavi, dintre care 155 cu reacţiunea Frei negativă şi 57 cu reacţiunea pozitivă, fiind purtători de diferite leziuni limfo-granulomatoase şi cari se aflau internaţi în Spitalul Central de boli nervoase, fiind atinşi de diferite maladii cronice ca paralizie generală progresivă, idioţie, schizofrenie, epilepsie, etc., autorii români au practicat inoculări la nivelul organelor genitale, atât la bărbaţi cât şi la femei, prin erosiuni superficiale, scarificaţiuni, injecţiuni intradermice sau hipodermice, fie cu puroi de adenite limfo-granulomatoase, fie cu ganglioni trituraţi, fie cu secreţiune de ulcer cronic vaginal sau în fine cu ţesutul triturat al acestor ulcere cronice vaginale limfo-granulomatoase. Deşi aceste produse patologice au fost lăsate în contact cu suprafaţa de inoculat până la 24 de ore şi deşi bolnavii au fost ţinuţi sub observaţii timp de mai bine de 6 luni, nici una din aceste inoculări nu a reuşit, adică nici una din ele nu a dat fie vreo leziune oarecare la locul inoculării, fie vreo adenită inguinală cât de benignă.

Bine înţeles că aceste cercetări practicate pe un număr aşa de mare de bolnavi şi cu rezultatele cu totul neaşteptate la care s'a ajuns, au provocat în sânul congresului o destul de mare nedumerire.

Personal, tot aşa de contrariat de rezultatele colegilor noştri, după cercetările cărora riscurile unei inoculări pozitive, erau cum nu se poate mai reduse, am întreprins cercetări de control şi am inoculat cu acest virus un pacient care suferea de o maladie cronică şi care s'a oferit benevol pentru această inoculare. Acest pacient avea reacţiunea Frei negativă şi nu suferise nici odată de vreo infecţiune venerică.

Am ales anume pe acest bolnav cu reacţiunea Frei negativă, pentru că astăzi este cunoscut, mai ales după cercetările lui Ravaut, că reinocularea maladiei la purtător nu s'a putut încă realiza, de oarece se produce în organismul individului infectat cu acest virus, o stare de imunitate care împiedică posibilitatea unei reinoculări ulterioare, stare de imunitate care este de presupus că poate persista un timp mai îndelungat în organismul unui astfel de bolnav.

Pornind însă dela ideia că în puroiul adenitei limfo-gr., virulenţa virusului ar putea fi diminuată prin fenomenul supuraţiunei, am cules materialul de inoculat din adenite inflamatorii dar nesupurate şi cu serozitatea sanguinolentă extrasă dela nivelul lor, am procedat la următoarele inoculări în şanţul balono-prepuţial: la 25 Iulie 1936, prin scarificaţiuni superficiale şi la 8 August prin injecţiune intradermică, am introdus o zecime cmc. din materialul deja amintit. In zilele următoare nimic anormal la nivelul inoculării. In intervalul dela 5 August până la 10 Oct. se instalează o stare febrilă cu caracter vesperal. La 15 Sept. bolnavul ne atrage atenţiunea asupra unei uşoare dureri în regiunea inguinală stg., unde se constată prezenţa unui ganglion de mărimea unui bob de fasole. Acest început de adenopatie îşi face deci apariţia cam la 50 de zile dela prima inoculare. Ganglionul continuă să crească şi formează încetul cu încetul în regiunea amintită o tumefacţiune sub forma unei mase neregulate, care ajunge până la dimensiunile unui ou de

găină, dureroasă, dură, cu tegumentele roşii, aderente atât la planurile superficiale cât şi la cele profunde, cu un relief destul de marcat şi măsurând în diametrul mare 8 cm., iar în cel mic 6 cm. Aveam de-a-face deci cu o adenită limfo-gr. cu caractere clinice dintre cele mai tipice. La 28 Sept. se face reacţia Frei care dă un rezultat intens pozitiv; se încearcă de către D-rul Banciu puterea antigenică a puroiului acestei adenite care dă de asemeni un rezultat pozitiv. Se incizează adenita, se instituie un tratament cu emetină şi bolnavul nostru se vindecă în 4—5 săptămâni în mod complect.

Eram deci în mod neîndoios în faţa unui caz cum nu se poate mai tipic de l. gr. inguinală, provocată la om pe cale experimentală şi cu material uman, aşa dar era un caz mult mai tipic de cât acela căpătat de Chevalier şi Bernard, şi era în acelaş timp al doilea caz cunoscut până astăzi în literatura medicală.

Am continuat cercetările experimentale pe om, folosindu-ne numai de bolnavii dela Spitalul Central de boli nervoase, căutând a mă pune pe cât posibil în aceleaşi condiţiuni ca la prima inoculare. Am inoculat 8 bolnavi dintre care unii au 4 luni de observaţie, alţii 2—3 luni, alţii o lună şi alţii 2—3 săptămâni. Până în prezent nici unul din aceşti bolnavi nu au făcut vreo adenită cât de banală.

Deşi pacienţii noştri urmează a fi încă urmăriţi, dat fiind existenţa în unele cazuri de incubaţii foarte prelungite ale acestei maladii, totuşi ne putem da seama de dificultăţile mari cari stau în calea posibilităţii de trecere experimentală a virusului limfo-gr. de la om la om. Mă grăbesc să adaug că D-rii Banciu şi Blumental inoculând şi dânşii după procedeul urmat de mine, nu au reuşit până acum să transmită încă maladia. Aceasta pare cu atât mai curios, cu atât mai surprinzător, cu cât în natură virusul limfo-gr. trece cu cea mai mare uşurinţă de la individ la individ prin intermediul raporturilor sexuale, făcând aşa de multe victime şi necesitând luarea celor mai severe măsuri de profilaxie.

Există deci o foarte mare deosebire între ceea ce se petrece în laborator, atunci când căutăm să trecem în mod experimental acest virus de la om la om şi ceea ce se petrece în natură unde pericolul contaminării este aşa de mare. Există în mod de necontestat în această chestiune o necunoscută pe care cercetările de până astăzi nu au putut-o încă determina şi pe care credeam că cercetările de mâine o vor găsi-o cu siguranţă. Impreună cu Prof. Nicolau, am îndreptat cercetările noastre şi în altă direcţiune şi aşteptăm acum să vedem care vor fi rezultatele lor. Dacă cu ocazia acestor cercetări s'ar putea afla necunoscuta care pe de o parte înlesneşte în natură prin intermediul raporturilor sexuale într'o aşa de largă măsură, contaminarea cu acest virus de la om la om, iar pe de altă parte împiedică experimental într'o măsură tot atât de largă transmiterea acestui virus, am putea găsi poate un mijloc important de profilaxie în combaterea acestei relativ noi infecţiuni, care capătă din zi în zi, dar mai cu seamă în ţara noastră, o aşa de mare extindere.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Après des considérations générales sur le problème de la contamination dans la lymphogranulomatose inguinale, l'auteur indique les difficultés rencontrées quelque fois par auteurs différents dans la transmission expérimentale du virus lymphogranulomateux de l'homme à l'homme même (en utilisant un material énorme: 212 cas de Banciu et Blumental), l'auteur décrit son cas de transmission indiscutable de virus l. gr. de l'homme à l'homme par l'inoculation da la sérosité lymphatique sanguinolente, provenant par ponction d'une adénopathie lymphogranulomateuse, dans le prépuce d'un individu sain, qui s'est offert volontairement à cette expérience. L'adénopathie, qui a fait son apparition, 50 jours après l'inoculation avait tous les caractères d'une adénopathie lymphogranulomatoase. La réaction de Frei a été positive, ainsi que l'antigène préparé du pus de cette adénopathie, a été positive pour la lymphogranulomatose. La guérisun de cette adénopathie s'est produite après 5—6 semaines par des injections d'émétine.

Nach allgemeinen Betrachtungen über die Ansteckungsfähigkeit bei L. i, aüsserst sich Verf. über die Schwierigkeiten, welche verschiedene andere Forscher, bei der experimentellen Uebertragung des L. i. Virus von Mensch zu Mensch selbst bei Benützung eines sehr grossen Materials (212 Fälle von Banciu und Blumentel) zu überwinden hatten. Verf. beschreibt seinen eigenen, sicheren Fall von L. i. Virus Uebertragung von Mensch zu Mensch durch Inokulation einer, aus einer L. i. Lymphdrüse, durch Punktion, gewonnenen blutigen, lymphartigen Serösität in die Vorhaut eines gesunden Mannes, der sich freiwillig zu diesem Experiment hergab. Die Lympdrüsenschwellung entstand 50 Tage nach der Inokulation und hatte alle Eigenschaften einer L. i. Lymphdrüsenschwellung. Die Frei sche Reaktion beim Pat. war positiv und auch das aus dem Eiter dieser Lymphdrüsenschwellung hergestellte Antigen war auf L. i. positiv. Die Heilung dieser experimentell erzeugten L. i. erfolgte 5—6 Wochen nach Einsetzen von Antimoninjektionen.

Riguardo alla prob'ema della contagiosità nella malattia di Nicolas-Favre, l'autore fa un suntto mostrando le grandi difficolta rincontrate diversi ricercatori, i quali non hanno riuscitto la transmissione essperimentale dall uomo all uomo, anche quando hanno utilizzato un enorme materiale (i 212 casi di Banciu e Blumenthal). Poi, ci raconta il suo personale caso di indiscutabile transmissione del virus l. gr. all uomo, facendo una innoculazzione di serozità di limfa sanguignolenta provenita d'una adenite l, gr,, e inneta nel prepuzio d'un amalatto, il quale si e benevolmente ofertto.

L'adenite e parsa 50 giorni dopo l'innoculazzione e aveva tutti i caratteri dell'adenite l. gr. La reazione Frei e stata positiva e l'antigeno preparato dal puo colettato e stato anche lui positivo per i l. granulomatosi.

La guarigione dell'adenite e stata completta dopo 5—6 setimane adoperando le innezzioni di emetina.

CATEVA CONSIDERAŢIUNI ASUPRA INDICAŢIILOR AMIGDALECTOMIEI *)

de

Doctor IOAN ŢEŢU

Noi, în majoritatea covârşitoare a cazurilor, operăm amigdalele bolnave prin enucleaţia extracapsulară, fiind convinşi a înlătura astfel toate resturile tonsilare, cari lăsate pe loc pot continua rolul lor de focare infecţioase.

In cele peste 700 amigdalectomii executate în intervalul anilor 1933—1937 în Serviciul boalelor de nas, gât şi urechi dela Spit. Colţea, de sub şefia D-lui Prof. Meţianu, am putut verifica avantagiile tecnicei întrebuinţate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Generalităţi. Când vorbim de problema amigdaliană înţelegem numai amigdalele palatine, — tonsila palatină — care a preocupat şi preocupă din toate timpurile, întregul corp medical. Cu toate scrierile, cercetările şi experienţele făcute de clinicieni cu reputaţie, nu suntem încă în stare, să precizăm rolul lor fiziologic, nu putem măsura influenţa lor, în bine sau în rău asupra diferitelor procese morbide şi nu putem preciza; dacă scoaterea lor este o mutilaţie inutilă sau o binefacere pentru organism.

Nici astăzi nu putem afirma, dacă amigdalita este numai o boală *locală, a unui organ sau este manifestarea regională a unei stări patologice generale.* Nici nomenclatura întrebuinţată nu a ajuns la o definitivare, întâlnind astfel în mod curent în tratate şi reviste: amigdalita, tonsilita, angina, anginoză şi altele cari exprimă o stare de boală a acestor organe, fără a indica etiopatogenia ei.

Ceea ce putem afirma este că, din punct de vedere patologic amigdalele prin infecţia lor proprie, produc o serie întreagă de leziuni locale, pe cari le putem numi amigdalite sau tonsilite, cu substrat anatomo-patologic diferit şi pot întreţine şi provoca stări patologice generale cu repercusiuni speciale în organe mai apropiate sau mai îndepărtate de infecţia primitivă.

---

*) Colocviu ţinut la Asociaţia Docenţilor Universitari în ziua de 16 Aprilie 1937 în Amfiteatrul «Spitalului Colţea».

Frecvenţa şi gravitatea acestor infecţiuni şi discuţiile contradictorii cu privire la rolul lor şi la oportunitatea operaţiei, au făcut ca şi marele public, să acorde o atenţie specială problemei amigdaliene, care cu drept cuvânt poate fi considerată ca o chestiune de medicină socială de actualitate.

Noi am vrea ca în colocviul nostru de astă seară, să lăsăm la o parte diferitele ipoteze, să ignorăm multele controverse şi bazaţi pe ceea ce clinica ne furnizează, să vedem cari sunt modificările patologice locale, în ce măsură pot influenţa în rău gospodăria organismului şi care este calea cea mai raţională, de a vindeca procesele bolnave survenite şi a preveni repetarea lor.

Cauze etiopatogenice. Tonsilele palatine prin sediul lor, la întreţăerea căilor aero-digestive sunt expuse să devină cuib de înmulţire şi o gazdă primitoare pentru toate soiurile de agenţi patogeni, cari să adăpostesc în permanenţă în cavitatea bucală, în special în spaţiile interdentare, sub gingie şi chiar la suprafaţa amigdalelor.

Ţesutul amigdalian prin structura lui specială, prin înfundăturile şi găurile dela suprafaţă, prin încreţiturile numeroase, constitue un loc perfect favorabil de aşezare şi înmulţire al diferitelor micro-organisme din gură. Atâta timp cât există un echilibru între ţesutul amigdalian şi mediul microbian bucofaringian, atâta timp cât bariera susţinătoare a acestui echilibru nu este întreruptă, totul se petrece normal şi organismul nu sufere nimic.

Motive de a întrerupe echilibrul fiziologic se găsesc numeroase, atât de natură exogenă cât şi endogenă. Variaţiile de temperaturi, băuturile prea reci, prea fierbinţi, mâncărurile iritante (acre, iuţi, şi altele), gazele caustice, oboseala, loviturile, corpii streini, cariile dentare, de cele mai multe ori favorizează apariţia procesului inflamator al ţesutului amigdalian. Afară de acestea o serie întreagă de afecţiuni de ordin general în complexul lor simptomatic cuprind amigdalita cu diferitele ei forme de exteriorizare. Scarlatina, pojarul, angina difterică, gripa, febra tifoidă, sifilisul, tuberculoza şi anumite boale ale aparatului hemopoetic, produc modificări amigdaliene, cu caractere tipice pentru fiecare entitate de boală. Pe lângă cauzele endo şi exogene, trebue să admitem că în apariţia procesului amigdalitic, elementele structurale ale ţesutului amigdalian au rol hotărâtor. Neregularitatea suprafeţei amigdalelor, criptele cu toate încreţiturile lor favorizează reţenţia secreţiunilor, îmbibate cu resturi alimentare şi produc mici focare de infecţie mai mult sau mai puţin ascunsă.

Observaţiile multiple ce am putut face asupra numeroaselor cazuri în această privinţă, împreună cu constatările tuturor autorilor pot fi considerate concludente.

Germenii patogeni şi clasificarea amigdalitelor. Agenţii patogeni cari se găsesc în produsul patologic al amigdalitelor, sunt variaţi, putem spune fără nici o normă. In ordinea frecvenţei sunt următorii: streptococul hemolitic şi viridans, (58—80%), stafilococul, pneumococul, bacilul lui Friedläender, pseudodifterici (30%), bacilul subtil, bacterium coli, tetragen, leptotrix, actinomices şi chiar amibe.

Mulţi din autori au căutat să împartă formele clinice de amigda-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

lită după natura agentului patogen, formulând o clasificare bacteriologică.

O altă serie de autori împart amigdalitele după natura leziunilor anatomo-patologice, provocate de agentul infecţiunei. In aceste două forme de amigdalită acută şi cronică, hipertrofică şi atrofică, putem îngloba cele mai multe din modificările istopatologice observate, ca iperplazia, eritem, formaţiuni criptice cu sau fără cazeum, abcese, ulceraţiuni, falşe membrane, etc. Un alt grup îl constitue amigdalitele specifice (sifilis, t.b.c., difterie, agranulocitoză) cari trebuesc privite sub alt aspect şi nu ne interesează în momentul de faţă.

Din punct de vedere practic, trebue să recunoaştem, că împărţeala amigdalitelor făcută după orice criteriu, are ceva artificial în ea şi mai mult are un caracter didactic, decât etiopatologic. Totuşi clasificarea lor după aspectul anatomo-patologic se apropie mai mult de realitate şi ne permite să catalogăm cele mai multe din formele cunoscute.

Semnele clinice. Din punct de vedere subiectiv, aproape întotdeauna bolnavii de amigdalită se vaită de dureri la înghiţit de o intensitate variată, dureri în mişcările gâtului, în cursul masticaţiei, uneori cu iradiaţii în urechi, oarecare greutate în vorbire, lipsă de poftă de mâncare, nesomn cu cefalee, o stare de agitaţie, o sialoree, fetiditatea halenei, dureri în închieturi, în muşchi şi tuse. Din punct de vedere obiectiv, găsim temperatură între 37—40^0, însoţită sau nu de fior, congestie locală, cu eritem, exudat, falşe membrane, ulceraţii, eliminare de cazeum sau puroi din cripte, adenită cervicală, mai ales subangulo-mandibulară, dureroasă, limbă uscată, uşoară paloare a tegumentelor, modificări în hemogramă şi de multe ori semne cicatriciale pe stâlpii amigdalieni.

Semnele subiective sau obiective înşirate mai sus, pot fi izolate, sau asociate, cu o varietate mare de formă şi intensitate. Formele acute au câte odată o violenţă înspăimântătoare, iar cele cronice ne pot obliga să examinăm bolnavul în repetate rânduri, ca să putem depista cel mai mic semn pentru a preciza diagnosticul. In formele de amigdalită lentă, în timpul din urmă, unii au căutat să introducă pentru precizarea stărei patologice a ţesutului tonsilar, ţestul amigdalian, care constă în provocarea artificială a unui proces inflamator al ţesutului tonsilar, însoţit de reacţie locală şi modificări în formula sanguină. Mijloacele de a provoca modificările locale şi generale ni le oferă frecatul, aspiraţia şi încălzirea parenhimului amigdalian, a cărui reacţie este imediată. Noi facem în toate cazurile unde bănuim o amigdalită, o oarecare presiune în jurul amigdalei, şi de multe ori, observăm o iperemie locală, stoarcem secreţiuni purulente, chiaguri de puroi amestecat cu sânge, calculi amigdalieni etc. încât putem afirma prezenţa unui focar tonsilar, — amigdalită cauzală — (Worms, Le Mèe), care poate întreţine complicaţiuni în altă parte a organismului.

Complicaţiunile amigdalitei. — Nu toate amigdalitele produc turburări de vecinătate, sau la distanţă. Fără îndoială virulenţa microbilor cauzali şi slăbirea puterii de rezistenţă a organismului, sunt factorii hotărâtori în isbucnirea complicaţiunilor, locale sau generale. Rolul amigdalitei în provocarea şi întreţinerea multor afecţiuni organice este

covârşitor şi acest punct de vedere este admis de majoritatea corpului medical: 67% din medici atribue amigdalei rolul prim în afecţiunile organice, iar 33% o pun pe picior de egalitate cu dinţii. (Worms, Le Mèe). Pe lângă virulenţa microbiană şi puterea de rezistenţă a terenului, trebue să atribuim rol însemnat în isbucnirea complicaţiilor locale şi generale şi particularităţilor anatomice mai bine zis structurale ale ţesutului amigdalian, cari favorizează retenţiile formând focare supurative cronice, permanente isvoare de alimentaţie ale curentului sanguin şi limfatic.

Complicaţiile amigdalitelor, din punct de vedere topografic se pot împărţi în locale şi generale.

Supuraţiile loco-regionale. Din complicaţiile locale cele mai des întâlnite sunt flegmoanele intra-amigdaliene, şi periamigdaliene, indiferent de localizarea supuraţiei în raport cu ţesutul tonsilar-latero şi retro faringian şi supuraţiile cervicale. Aceste complicaţiuni pe lângă tratamentul lor special, reclamă şi măsuri terapeutice preventive, mai bine zis cauzale, care constau în distrugerea ţesutului amigdalian. Frecvenţa, regularitatea cu cari apar aceste supuraţiuni la aceleaşi persoane şi suferinţa de cari sunt legate, ne obligă să luăm toate măsurile pentru a preveni reapariţia lor. Ele pun în imposibilitatea de a lucra multe zile în şir, pe cei suferinzi şi le produc pierderi de ordin material, încât tratamentul lor medical este în unele din cazuri — şi o măsură socială. Indicaţia tratamentului chirurgical în complicaţiile locale ale amigdalitelor este admis de toată lumea medicală, — specialişti şi nespecialişti — şi este reclamat totdeauna de numeroşii suferinzi. Cu privire la momentul operaţiei, părerile nu sunt încă unanime. Totuşi putem spune că majoritatea dintre laringologi este pentru operaţia la rece, adică după ce au trecut fenomenele de inflamaţie şi supuraţie acută. In faza aceasta raporturile anatomice nu sunt schimbate, ţesuturile îşi au contractilitatea lor normală, germenii dela suprafaţă sunt în stare latentă şi anestezia locală se face în condiţiuni care ne permit o intervenţie liniştită şi cu mai puţine riscuri pentru bolnav. Operaţia la cald îşi are partizanii ei, ca şi amigdalectomia la căldut ca şi cea la rece. Noi cari le-am practicat sub toate formele, suntem de părere că, să operăm amigdalele bolnave, pe cât este posibil numai în perioada când fenomenele locale sunt liniştite. Amigdalectomia în plin flegmon periamigdalian, deşi din punct de vedere tehnic, se poate executa cu destulă uşurinţă, conţine ceva neomenos în ea, şi cu toate măsurile de prevedere expune bolnavul la mai multe riscuri, ca amigdalectomia la rece. Faptul că, în timpul flegmonului periamigdalian bolnavul este mai bine pregătit din punct de vedere psihologic, de a suporta operaţia, nu poate constitui un motiv hotărâtor, de indicaţie operatorie. Nici în cazurile de septicemii amigdaliene, nu suntem obligaţi să amigdalectomizăm, în plină fază de angină acută, deoarece faza inflamatorie locală este de durată relativ scurtă, care ne permite aşteptarea pentru a putea interveni când fenomenele congestive au dispărut. Cum, de cele mai multe ori flegmonul este unilateral, dacă am opera la cald am fi nevoiţi să facem amigdalectomie bilaterală în două şedinţe, deoparte la cald, de altă parte la rece, ceea ce e mult mai greu pentru bolnav.

http://biblioteca-digitala.ro/ www.cimec.ro

Septicemia tonsilară. Infecţia sanguină ca punct de plecare amigdalian poate surveni în cursul proceselor de amigdalită. Mai des însoţeşte sau apare ceva mai târziu, în cursul amigdalitelor acute streptococice. Infecţia se face pe căile sanguine sau limfatice şi îmbracă diferite forme clinice cu mers de o intensitate diferită şi cu prognostic variat. Septicemia a cărei prezenţă, pe lângă simptomele clinice trebue confirmată şi de laborator, poate prezenta localizări flebitice sau flegmonoase, sau poate să nu aibă nici o localizare şi să prezinte dela început o formă gravă de intoxicaţie profundă, cu slăbire progresivă şi rapidă a puterii de rezistenţă a organismului. Această formă supra acută este de natură rea şi nici nu avem timpul trebuitor ca s'o putem opri, deoarece violenţa infecţiunii omoară bolnavul. Cazurile ce am observat ne-au impresionat aşa de mult prin simtomatologia lor de intoxicaţie gravă, de evoluţie rapidă încât nu le vom uita niciodată. Putem afirma, din fericire, că faţă de numeroasele amigdalectomii, ele sunt relativ rare. Noi am putut urmări trei cazuri, toate priveau adulţi, unde începutul a fost o anginā acută, cu floră microbiană variată şi care au continuat cu septicemie supra acută dovedite de laborator şi cu sfârşit letal. Septicemia tonsilară fără localizări are şi o formă bine voitoare, lentă, mult mai frecventă şi cu o evoluţie fericită.

Forma pyohemică poate prezenta localizări diferite, mai ales viscerale, şi care cuprinde o serie de stări patologice din cele mai variate şi cele mai complexe. Localizările pot fi într'un organ sau în mai multe concomitent.

Complicaţii cardiace. Din localizările la distanţă, cea mai gravă este cea cardiacă anume endocardita, pe care o întâlnim sub două forme: una binevoitoare şi alta de natură rea. Endocardita benignă la început, sub influenţa acceselor de amigdalită, se poate agrava şi cel puţin, în mod teoretic, ar trebui ca în cazurile de endocarditā să suprimăm focarele de infecţie, fie ele în amigdale, dinţi, sinusuri, vegetaţii adenoide, urechi ş. a. m. d. In felul acesta am putea suprima atacurile de infecţii succesive asupra cordului şi am opri agravarea formelor de endocarditā, cari sunt susceptibile de tratament şi permit intervenţia în bune condiţiuni. In ce priveşte momentul amigdalectomiei în cursul cardiopatiilor părerile sunt diferite. Toată lumea este de acord că înlăturarea focarului amigdalian la timpul oportun opreşte apariţia leziunilor cardiace şi dacă sau instalat pot fi oprite în evoluţia lor. Or, tocmai prinderea acestui moment favorabil constitue greutatea pe care n'o putem învinge decât prin observarea de aproape a bolnavului şi analizarea din punct de vedere clinic şi biologic al fiecărui simptom local sau general, pe care bolnavul îl prezintā.

In agravarea leziunilor cardiace nu putem exclude şi rolul anumitor predispoziţiuni ale organismului, felul de viaţă al bolnavului, şi alte afecţiuni cari favorizează înrăutăţirea (sifilis, diabet, etc.). Pentru ilustrarea celor expuse nu pot să nu amintesc cazul unei bolnave de endocarditā acută adresată mie de către un distins confrate cardiolog, pentru examen şi tratament amigdalian. Constatând în mod neîndoios prezenţa unei infecţiuni amigdaliene, am practicat amigdalecteomia,

care n'a obosit deloc bolnava şi a permis vindecarea complicaţiei cardiace.

In formele de endocardită malignă rezultatul operaţiei este dubios sau chiar tragic. Fiind solicitat să tratez un bolnav, de 34 ani, care prezenta o endocardită serioasă, un reumatism poliarticular cronic, o nefrită cronică, şi cari se agravau după desele accese de amigdalită, de comun acord cu medicii curanţi şi faţă de ineficacitatea tuturor mijloace de tratament, ne-am hotărât să-i scoatem focarul amigdalian. Bolnavul a suportat uşor operaţia, vreo două luni după aceasta a avut o oarecare îmbunătăţire subiectivă în starea generală însă în a treia lună a sucombat din cauza complicaţiilor cardiace.

Reumatismul poliarticular. Ştiinţa, în faza ei actuală nu ne poate preciza cauza, adică agentul patogen al reumatismului poliarticular. Ceea ce ştim şi am putut verifica şi noi cu multe observaţiuni clinice, este că reumatismul, de multe ori, în apariţia lui este premers de un proces de amigdalită şi repetarea crizelor de angină agravează formele de reumatism. Amigdalita premergătoare nu are o formă specială şi agentul ei patogen nu este specific, cum pretind unii cercetători. Ea are acelaş caracter banal ca şi celelalte angine şi uneori poate să aibă o exteriorizare redusă, însă o reacţie articulară puternică, forma acută sau cronică a reumatismului poliarticular se influenţează în bine totdeauna după îndepărtarea focarului amigdalian, care ar exista după Saint Germain în 60% din reumatisme. Bine înţeles concomitent cu căutarea focarului infecţios amigdalian se va căuta şi în celelalte părţi: dinţi, sinus, urechi, apendice etc. Noi am intervenit asupra amygdalelor atât în faza acută a reumatismului poliarticular, cu stare febrilă, dureri vii în încheieturi, umflături, etc. cât şi în cea cronică, însoţită de anchiloze şi deformaţiuni articulare. Drept contra indicaţie am considerat numai complicaţiunile cardiace. Numărul observaţiilor noastre cuprinde peste 15 cazuri studiate amănunţit şi urmărite timp îndelungat după operaţie. Rezultatele obţinute au fost în toate cazurile mulţumitoare, obţinând îmbunătăţiri şi vindecări şi din partea bolnavilor am putut constata o recunoştinţă sinceră pentru dispariţia durerilor chinuitoare cari veneau în mod repetat şi intens.

Complicaţii renale. Inflamaţiile amigdaliene au o repercusiune aproape constantă asupra ţesutului renal şi după unele statistici 75% din nefritele acute se datoresc infecţiilor amigdaliene. Constanta apariţie a multor nefrite concomitent cu infecţia tonsilară şi vindecarea lor numai după extirparea amigdalelor explică pentru toată lumea sensibilitatea specială a ţesutului renal faţă de stările patologice amigdaliene şi ne indică atitudinea terapeutică. Afară de complicaţiunile înşirate mai sus, cari pot fi considerate capitale, amigdalita poate produce turburări în aparatul respirator (laringită, traheită, bronşită, bronchopneumonie şi supuraţii pulmonare) atât la copii cât şi la adulţi, poate cauza infecţii gastro-intestinale (gastrite, entero-colite, apendicite, ulcer gastric), hepatite, cholecistite, pancreatite etc.

Parte din aceste afecţiuni se explică şi prin topografia amigdalelor, care permite cu uşurinţă piofagia şi pătrunderea puroiului în aparatul respirator şi tubul digestiv, unde agenţii patogeni găsesc condiţiuni favorabile de înmulţire şi acţiune.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din complicaţiile nervoase amintesc corea, stări de neurastenie, crize epileptiforme şi incontinenţă urinară, dintre cari am avut ocazia să observ câteva cazuri, unde actul operator a suprimat boala.

Noi credem că la copii, amigdalele palatine, singure sau împreună cu vegetaţiile adenoide, prin îmbolnăvirea lor în mod periodic, chiar dacă nu produc entităţi morbide bine definite, crează în organism o stare de rea funcţionare, un desechilibru biologic, care împiedică desvoltarea fiziologică, contribuind astfel la provocarea diferitelor stări de debilitate fizică şi intelectuală. Copiii purtători de amigdale bolnave şi vegetaţii adenoide, de cele mai multe ori sunt rămaşi înapoi în capacităţile lor corporale şi psihice încât depistarea şi tratarea lor este şi o măsură de eugenie socială, care se poate realiza cu uşurinţă în toate colectivităţile infantile, (şcoală, căminuri de ucenici, ş. a.).

Tratamentul. Odată stabilită vinovăţia amigdalelor în provocarea diferitelor modificări patologice, atitudinea terapeutică ce se impune este extirparea lor chirurgicală. Amănuntele diferitelor procedee operatorii nu interesează, deoarece toate au acelaş principiu şi mă mărginesc a expune sumar technica întrebuinţată de noi, ilustrată cu câteva clişee. Prindem amigdala într'o pensă cu ghiare, având grije cu polul superior să fie fixat, o tragem înspre linia mediană şi incizăm circular de jos în sus stâlpul anterior până la recesul supra-amigdalian pe care îl despicăm şi pătrundem în ţesutul conjonctiv dinapoia capsulei (fig. 1). Începem deslipirea ei care, de cele mai multeori, se face cu uşurinţă până la hil. (fig. II). Scoatem pensa şi tonsila rămâne atârnată în jos, (fig. III). Cu pens Ruault o prindem şi o smulgem prin torsiune (fig. IV). Controlăm cuibul amigdalei şi lăsăm bolnavul liniştit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Amigdala se poate opera şi cu ajutorul diatermo-cuagulărei, până la extirpare completă şi prin galvano-cauterizare putem realiza o distrugere parţială.

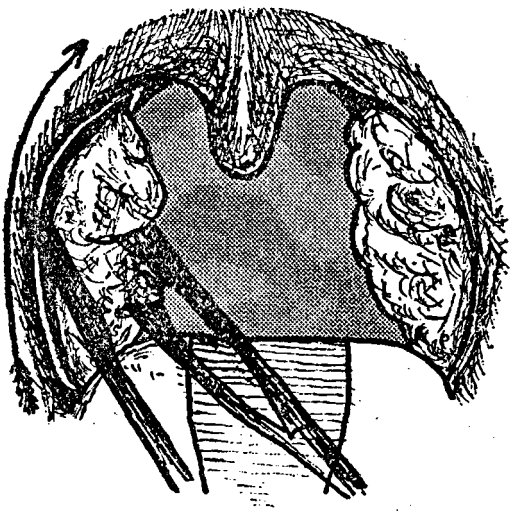


Fig. I. Prinderea amygdalei şi incizia stâlpului anterior

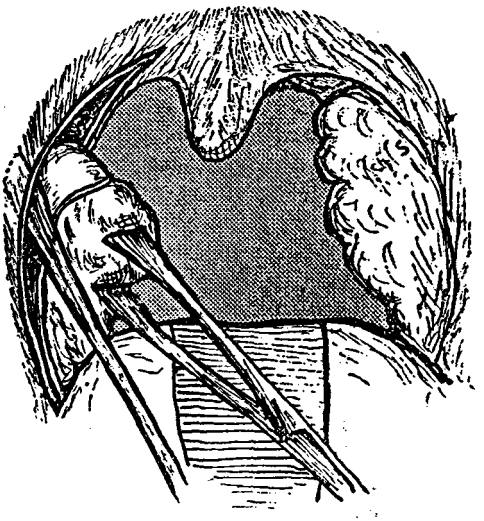


Fig. II. Deslipirea amygdalei

Maestrul meu, Profesorul Meţianu se serveşte aproape totdeauna de procedeul diatermo-cuagulărei, executat cu o pensă bielectrodă

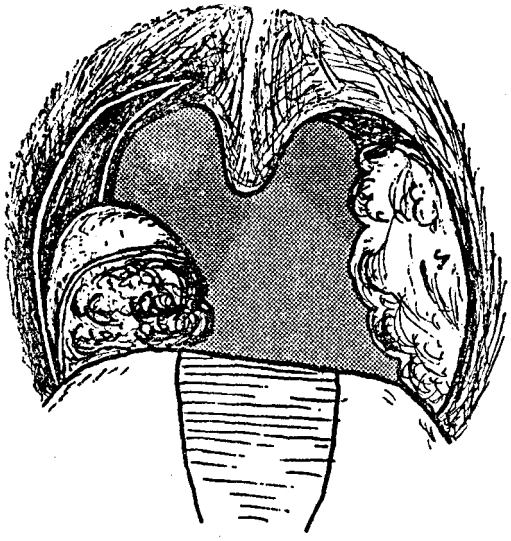


Fig. III. Amygdala deslipită cu capsula

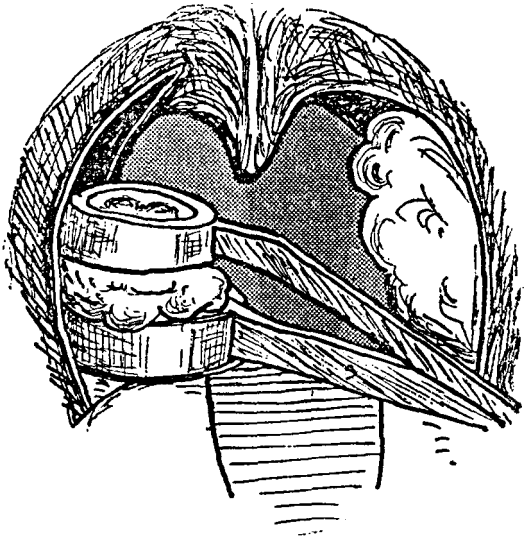


Fig. IV. Smulgerea amygdalei

făcută după concepţie personală şi rezultatele obţinute sunt din cele mai bune. In timpul din urmă se încearcă distrugerea focarului amigdalian prin radio-terapie. Rezultatele de până acum nu sunt concludente şi în ceea ce ne priveşte, judecând după puţinele cazuri observate ne credem îndreptăţiţi să lăsăm viitorului sarcina de a încetăţeni sau nu acest procedeu terapeutic.

Noi în majoritatea covârşitoare a cazurilor, operăm amigdalele bolnave prin enucleaţia extracapsulară, deoarece suntem convinşi că pe calea chirurgicală putem înlătura mai radical toate resturile tonsilare, cari lăsate pe loc pot continua rolul lor de focare infecţioase. Credem în binefacerile amigdalectomiei în cazurile indicate, atât la copii cât şi la adulţi şi suntem convinşi că prin acest act aducem un serviciu patologiei generale şi ne considerăm adevăraţi colaboratori ai medicilor internişti şi pediatri.

In cele peste 700 de amigdalectomii executate în intervalul anilor 1933—1937 în serviciul boalelor de nas, gât şi urechi dela Spitalul Colţea, am putut verifica toate indicaţiile şi probitatea tehnicei întrebuinţată, care ne-a mulţumit în totdeauna. Fără îndoială, există o serie întreagă de contra indicaţii operatorii, asupra cărora nu-i locul să insist acum, cari pot agrava mersul post operator sau pot compromite procedeul chirurgical. Datoria noastră a laringologilor este, de a cerceta la fiecare caz în parte toate elementele de diagnostic, de a studia toate posibilităţile de tratament şi odată indicaţia de comun acord cu medicul internist, fixată, să ne servim de o tehnică precisă şi sigură de succes.

II.

Cărţi — monografii

Agregat D-r D. SĂVULESCU: **EXPUNERE DE TITLURI, ACTIVITATE ŞI LUCRĂRI.** — Cartea Românească, 1938.

Cartea e împărţită în şase capitole şi anume: **Titluri — Activitate didactică, spitalicească şi socială. — Lucrări ştiinţifice în număr de 91. — Teze de doctorat în număr de 46, pe care le-a inspirat şi condus. — Rezumatul lucrărilor. — Concluziuni de teze.**

Lucrarea arată o activitate didactică, parcurgând toată filiera spitalicească; o activitate curată, cinstită, preocupată numai de binele bolnavelor şi a perfecţiunei ştiinţei româneşti, precum şi o activitate intensă de Obstetrică Socială, manifestată prin comunicări la congrese, lucrări şi mai ales prin acea Societate tăcută, însă extrem de rodnică, care este Soc. Prietenii Institutului Maternitatea şi pe care D-rul Săvulescu o administrează de 13 ani; este o Societate unică în România şi care constitue un protector real şi al mamelor şi al noilor născuţi în sărăcie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

A scri despre operele cuiva înseamnă a arăta ce preocupări de căpetenie a avut în viaţă. Bibliografia rezumă deci în părţile ei cele mai înalte, biografia.

In lupta aceasta, pe care oamenii o dau între ei, e moral şi e logic ca diferenţierile să se facă după opera, pe care fiecare a înfăptuit-o; un criteriu calitativ trebue să facă selecţia; fiecare din noi avem obligaţia de conştiinţă de a ajuta această operă de justiţie socială.

Un asemenea imperativ sufletesc mi-a dictat această dare de seamă a activităţii ştiinţifice a D-rului Săvulescu; ea este un rezumat al unei activităţi profesionale, îndelungate, care în fiecare zi îşi măreşte însemnătatea, roadele şi prestigiul; aceste lucrări se impun prin însăşi titlul lor.

D-rul Săvulescu nu a făcut ca alţii: compilări laborioase, înfrăţite cu plagiatul; el a deschis drumuri noi, a proectat lumini, a lămurit problema, a dat indicaţii de lucru şi a perfecţionat metode în domeniul obstetricei şi ginecologiei.

Iată dece în comparaţie cu sforţările meschine ale celor ce luptă pe alte căi decât cele cinstite şi drepte, activitatea didactică şi ştiinţifică a D-rului Săvulescu apare şi mai autentică ca om al cinstei şi al conştiinţei profesionale.

D-r Virgil C. Ionescu.

* * *

Universitatea Regele Ferdinand I. din Cluj • Biblioteca • ROMÂNIA

Docent D-r HAGI-PARASCHIV: **ELEMENTE DE HEMATOLOGIE.** – Un volum de 164 paginii în Editura Jean Leon, Bucureşti, 1938.

Literatura medicală românească nu este prea bogată în manuale didactice, la îndemâna studenţilor şi medicilor tineri; apariţia lor umplu unul din cele mai simţite goluri ale învăţământului nostru medical.

Domnul Docent D-r Hagi-Paraschiv răspunzând pe deoparte acestei nevoi, pe de alta încadrându-se în atmosfera de lucru şi preocupări ştiinţifice a Institutului de Histologie de sub conducerea dornică de realizări utile a entuziastului Prof. D-r Ioan Niculescu, a publicat recent o asemenea lucrare.

Acest manual în care este condensat cu precizie, conştiinţă şi pricepere, toate datele indispensabile unei corecte cunoaşteri a sângelui, reprezintă o muncă ce merită a fi subliniată. După o primă parte, în care Domnia-sa expune technica hematologică cu o claritate remarcabilă, trece la studiul morfologic al sângelui care formează partea esenţială a manualului şi în care noţiunile, deşi concise, nu sunt lipsite de o documentare amplă, lăsându-se să se vadă în acelaş timp şi competenţa în materie a autorului. Apoi urmează un capitol asupra sângelui total, asupra coagulărei, în care cititorul poate găsi datele cele mai recente asupra acestor probleme sanghine. Cartea se închee cu o foarte clară punere la punct a hematopoezei.

Manualul este scris într'un stil curgător, are un caracter unitar, se prezintă într'o ţinută dintre cele mai alese şi este ilustrat cu planşe, fotografii şi desene remarcabil de reuşite.

In total „Elementele de Hematologie" a D-lui D-r Hagi-Paraschiv, constituesc în mâna începătorului o carte documentată, clară şi precisă, în mâna cunoscătorului o adevărată satisfacţie. Literatura medicală românească se poate mândri cu asemenea realizări, pe care le dorim cât mai numeroase.

* * *

D-r Teodor Saragea

PAUL DE KRUIF: **VÂNĂTORI DE MICROBI.** Traducere de Prof. D-r VAL. BOLOGA şi D-r LIA DIMA — 1 Vol. de 371 pag. cu numeroase ilustraţiuni şi planşe. Editura Lepage, Cluj, 1938.

Cuvântul înainte, care reprezintă Prefaţa la această interesantă carte, oferitoare de o lectură nespus de atractivă şi pe atât de instructivă în acelaş timp, îl scrie D-l Prof. D-r Ionescu-Mihăeşti, Direct. Inst. de Sero-Vaccinuri „D-r I. Cantacuzino" din Bucureşti.

Reproducem integral acest „Cuvânt", reprezentând cea mai autorizată prezentare către marele public românesc:

„Cartea lui Paul Henry de Kruif „Microbe Hunters", pentru a cărei traducere în româneşte distinsul meu coleg şi prieten, Profesorul Valeriu Bologa, mi-a făcut cinstea să-mi ceară câteva cuvinte de introducere, a apărut în limba originală — engleză — încă de acum vreo zece ani. Succesul care dela apariţie a întâmpinat această luminoasă expunere istorică a origine,i devoltării şi cuceririlor temeinice ale ştiinţei Microbiologiei, se datoreşte cu siguranţă în primul rând subiectelor povestite. Descoperirile fundamentale, de o fecunditate necalculabilă, care constituesc ştiinţa microorganismelor, au fost în mare parte realizate în a doua jumătate a secolului trecut de Pasteur. Ele au transformat cu totul ştiinţele medicale şi aplicarea lor în arta vindecării. De atunci, calea larg deschisă cu opera Maestrului a făcut cu putinţă cuceriri noui, dobândite deseori cu trudă şi sacrificiu, cum atât de frumos ne spune, în cartea de faţă, entuziastul povestitor al vieţelor acestor pionieri „exploratorii lumei fantastice a nevăzutului".

Lupta cu întunerecul continuă. Pe zi ce trece cunoştinţe nouă se adaogă la cele dobândite până acuma, mărindu-ne din ce în ce posibilităţile de izbândă faţă de bolile provocate de aceşti duşmani redutabili.

Sectacolul admirabil pe care ni-l oferă silinţele solidare, îndreptate spre o ţintă comună ale unei întregi armate de cercetători tenaci, răspândiţi prin laboratoare şi spitale, constituie în epoca turbure de astăzi un sprijin moral puternic pentru firile obosite şi conştiinţele şovăitoare.

Felicit din toată inima pe prietenul şi colegul meu Bologa, care a avut fericita idee de a prezinta publicului românesc această lucrare. Nu mă îndoiesc că tineretul medical — căruia mai ales se adresează o asemenea carte — va şti să preţuiască modelele de energie, de abnegaţie şi de nêînfrânt optimism a căror viaţă *o vor afla şi le vor reţine ca îndreptar în nobila carieră pe care şi-au ales-o*".

Tabla de materie conţine:

SPALLANZANI — Microbii trebue să aibă părinţi.
LEEUWENHOEK — Cel care a văzut mai întâi microbii.
LOUIS PASTEUR — Microbii sunt o primejdie.
ROBERT KOCH — În luptă împotriva morţii.
PASTEUR şi câinele turbat.
ROUX şi BEHRING — În luptă cu difteria.
ELIE MECINICOV — Bunii noştri fagociţi.
THEOBALD SMITH — Căpuşele şi febra de Texas.
DAVID BRUCE — Pe urmele muştei ţeţe.
ROSS contra GRASSI — Lupta împotriva malariei.
WALTER REED — Pentru ştiinţă şi umanitate!
PAUL EHRLICH — Glontele magic.

CÂTEVA LĂMURIRI: cuprind date biografice asupra autorului, Paul de Kruif, precum şi notiţe bibliografice asupra operei acestuia.

Într'un APENDICE final remarcăm complectarea de către D-l Prof. Bologa a acestui volum cu Vieţile ştiinţifice romanţate, a 2 români tot atât de vestiţi vânători de microbi, Profesorii Victor Babeş şi Ion Cantacuzino, cărora se cuvine, în felul caracterisării celorlalţi binefăcători ai omenirei, a le întregi numele astfel:

VICTOR BABEŞ — Precursor al sero-terapiei şi autor al sero-vaccinării.
ION CANTACUZINO — Imunologul, care a adâncit toate procesele de imunitate şi a descoperit imunitatea de contact.

Prin această complectare, eruditul istoriograf medical, care este D-l Prof. Bologa, a făcut operă curat românească, pentru care merită felicitări şi mulţumiri.

* * *

D-r M. Cânciulescu

B. THÉODORESCO: **HYGIENE DU CARDIAQUE.** — 1 Vol. de 99 pag. in Collection «*Hygiène-Diététique*», G. Doin et C-ie, Editeurs Paris, 1938, 15 fr.

Autorul, fost intern al Spitalelor din Paris şi Agregat la Fac. de medicină din Bucureşti, publică în această colecţiune de „Higienă şi Dietetică, editată de Doin et C-ie din Paris, o monografie asupra „Igienei cardiacului".

Cartea începe cu o „Prefaţă" elogioasă scrisă de D-l Prof. D. Danielopolu, care sfârşeşte astfel şi îi caracterizează cuprinsul:

„En général, les traités de pathologie s'occupent surtout de la thérapeutique médicamenteuse et beaucoup moins de l'hygiène des cardiaques et de la prophylaxie des affections circulatoires.

Ce livre comble admirablement bien cette lacune. Il contribuera sans doute à faire progresser cette partie essentielle du traitement des cardiaques et sera très utile à consulter par tous ceux qui s'occupent des maladies du coeur".

CC-0. Univ. Cluj. Kelemen Collection Library

Tabla de materie cuprinde:

I PARTE: Profilaxia afecţiunilor cardiace (boalele infecţioase, sifilisul, intoxicaţiile, alimentaţia, alcoolismul, tabacul).

II PARTE: Igiena generală a cardiacilor (boale infecţioase, reumatism, climaturi, locuinţe, îmbrăcăminte, hidroterapie, regim alimentar, căsătorie, sarcină, alegerea unei profesiuni, serviciul militar, intervenţiuni chirurgicale, anestezie, exerciţii fizice, posibilităţile de adaptare a cordului la travaliul fizic).

III PARTE: Igiena specială a cardiacilor (Afecţiunile congenitale, afecţiunile valvulare, leziunile miocardului, hipertensiunea arterială şi arterioscleroza, hipotensiunea arterială, angina de piept, turburările ritmului, insuficienţa cardiacă, arterita membrelor.

Cu autorul semnalăm contribuţia covârşitoare pe care o aduce în măsurile de profilaxie cardiacă lucrările D-lui Prof. Danielopolu, referitoare la rolul reumatismului în atingerea primitivă a endo-miocardului şi evitarea leziunilor prin „metoda salicilo-alcalină masivă", metodă pe care cu adevărat o apreciază în primul rând medicii şi de copii, printre care ne enumărăm; — şi la rolul sifilisului în determinarea aortitelor; — la rolul jucat de sistemul nervos vegetativ în probele de efort, cu stabilirea celor 3 legi fundamentale cari dirijează sistemul vegetativ şi consecutiv influenţează travaliul inimei; — la „procedeul celor 2 probe", proba efortului şi proba sino-carotidiană în aprecierea valoarei funcţionale a cordului şi a puterei sale de adaptare la exerciţii fizice şi sporturi, în primul rând.

Iar la rândul nostru apreciem competinţa deosebită cu care autorul, fost şef de clinică al Prof. Vaquez şi în prezent al D-lui Prof. Danielopolu, tratează toate aceste chestiuni, într'un stil uşor, curgător, care pune cartea la îndemâna marelui public, în primul rând a bolnavilor de inimă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

D-r M. Cânciulescu.

ARCHIVELE INST. DE MEDICINĂ LEGALĂ AL UNIV. DIN CLUJ, 1937. — Tip. «Universala» S. A., Cluj, 200 lei.

Este al 2-lea volum de „Archive" ce publică Inst. de medicină legală dela Cluj, de sub direcţia D-lui Prof. M. Kernbach.

Redăm „Cuprinsul" acestui volum de 328 pag., apărut în condiţiuni tecnice ireproşabile:

M. KERNBACH: Necrolog: Prof. Mario Carrara.

CERCETĂRI EXPERIMENTALE ŞI CONTRIBUŢIUNI

Dovedirea paternităţii.

M. KERNBACH şi V. HURGHIŞIU: Ereditatea somatometrică la o familie cu 3 generaţii şi cu 42 descendenţi.

Psihologie criminală.

M. KERNBACH, S. CUPCEA şi V. HURGHIŞIU: Contribuţiuni la studiul impulsiunilor primare la infractori.

M. KERNBACH: Contribuţiuni la isto-patologia organelor genitale interne după avort.

C. COTUŢIU şi ANDREI BORBATH: Contribuţiuni la studiul mecanismului fracturilor craniene.

C. COTUŢIU: Experienţa practică cu metoda citologică a secreţiei mamare pentru diagnosticul medico-legal al avortului.

DOCTRINA MEDICO-JURIDICĂ

Prof. AURELIAN IONAŞCU: Responsabilitatea civilă a medicului şi starea de necesitate.

EMIL PUŞCARIU: Teoria probelor şi mijloacelor de realizare în Codul de Procedură Penală Carol al II-lea.

M. KERNBACH: Starea de periculozitate şi concepţia ei medico-legală.

OCTAVIAN POPA: Despre responsabilitatea penală.

M. KERNBACH şi A. CODREANU: Infracţiunile contra pudoarei la lumina Codurilor Penael moderne.

IOAN FARCU: Aspectul etnic al criminalităţii. Pledoarie pentru o ştiinţă a criminalităţii autohtone.

M. KERNBACH: Metodele de investigaţie ştiinţifică în ancheta criminală.

SINTEZE ŞI DOCUMENTĂRI MEDICO-LEGALE

Toxicologie modernă.

E. MACOVSKI: Utilizarea peştilor ca animale de experienţe în toxicologie.

Medicina Legală în Asigurările Sociale.

Medicina Legală în Asigurările Sociale.

I. CONSTANTINESCU: Semiotica traumatologică şi rapoartele de expertiză medicală în cazurile de accidente de muncă, răniri şi loviri şi în asigurările individuale.

Boli traumatice.

C. COTUŢIU şi A. HORVATH: Sifilisul traumatic în raporturile lui cu medicina legală.

Legislaţie şi deontologie medicală.

M. KERNBACH: Probleme de politică profesională.

Anchete etico-juridice.

O. POPA: Aspectele criminalităţii în comuna Măguri (Cluj).

CAZURI MEDICO-LEGALE, OMORURI PRIN IMPRUDENŢA PROFESIONALĂ

Oto-rino-laringologie.

Moarte naturală sau omor prin imprudenţă profesională? Raport de supra expertiză medico-legală şi sentinţa penală.

Chirurgie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Leziuni corporale cauzatoare de moarte sau omoprin imprudenţă profesională? Raport de contra expertiză medico-legală şi ordonanţa definitivă.

Medicină internă.

Accident terapeutic neprevăzut sau omor prin imprudenţă profesională?

ACTIVITATEA INSTITUTULUI MEDICO-LEGAL AL UNIVERSITĂŢII DIN CLUJ PE ANUL 1936—1937

Activitatea ştiinţifică.

„ medico-legală.

ACTIVITATEA ŞTIINŢIFICĂ a Institutului pe 1937, cuprinde 1 **Carte didactică** (Medicina Legală, Manual pentru studenţii în medicină, în drept şi juriştii de Prof. M. Kernbach, ce am analizat în coloanele revistei în trecut), 7 **Publicaţii** (în diferite congrese şi reviste), 1 **Invenţie** (Genezimetru de D-r V. Hurghişiu), 20 **Comunicări şi Conferinţe**, 19 **Teze**.

ACTIVITATEA MEDICO-LEGALĂ cuprinde: 134 **Examinări medico-legale**, 97 **Autopsii**, 65 **Examinări crimanalistice**. In total 296.

O atare activitate se impune dela sine.

Autorul şi animatorul ei este D-l Prof. M. Kernbach.

* * *

D-r M. Cânciulescu

I. D. SIMIAN: **DESVOLTAREA COPIILOR, INFLUENŢATĂ DE SECREŢIUNEA GLANDELOR INTERNE.** — Prefaţă de Prof. N. Pende. 1 Vol. de 112 pag., cu fotografii şi scheme în text, Editura «Cugetarea» Buc. 1935, preţ 60 lei.

In PREFAŢĂ D-l Prof. M. Pende, celebrul endocrinologist italian, o socoteşte de interes capital pentru medicina şcolară şi eugenie şi recomandă metoda de lucru a autorului prin care se va ajunge la „date interesante pentru ştiinţă şi la măsuri practice din punct de vedere pedagogic şi higienic, cât şi pentru viitorul strălucit al naţiunei române".

PIPERAZINA MIDY

GRANULATA EFERVESCENTA

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cel mai puternic dizolvant al acidului uric Stimulent al activității hepatice.

PIPERAZINA
este
singurul nou
anti-uric
inscris în
Codexul Francez

Artritizmul
Guta-Piatra
Reumatizmul
Lithiaza renală
Lithiaza biliară

Literatură și Eșantioane.

2 la **4** lingurițe de ceaiu pe zi

I. E. BUCUR - 6, Strada Măcet, BUCUREȘTI

SPECIFICAȚI BINE NUMELE „MIDY"

In INTRODUCERE autorul relevează importanța fișei individuale, pentru cunoașterea valoarei unui elev, catalogul nefiind suficient.

Își bazează concluziile pe urmărirea timp de 8 ani a desvoltării celor 800 elevi ai Liceului Mihai Viteazul din București.

Stabilirea datelor și ceeace trebue considerat ca „normal", ținând seamă de tabela Variot-Chaumet ca și de raportul Manouvrier, autorul a făcut-o sprijinându-se pe examinarea a câtorva sute de elevi (500 și 630) și datele le-a consemnat vizibil în 5 planșe sinoptice, cari reflectează starea fizică și fiziologică a elevului școalei noastre secundare, care se poate deosebi de aceea a altor popoare.

Astfel a stabilit vârstea de 13 ani ca vârste critică, care a condiționat maximum de repetenți pe ultimii 10 ani ai liceului și cari sunt în clasa III-a.

Pe câți-va elevi i-a supus unui studiu special, cu ajutorul testelor mintale.

PARTEA I-a — *Glande, Fizic și Intelect., cuprinde:*

Noi considerațiuni asupra desvoltarii psichice și fizice a copilului de școală — Evoluția unei desvotlări normale fiziologice — Cum trebue privită creșterea în înălțime — Rolul glandelor în desvoltarea fizică și sufletească a copilului — Pubertatea — Cum putem cunoaște insuficiențele glandulare — Turburări în legătură cu glanda tiroidă — Diferite alte turburări în legătură cu glandele interne — Metabolismul bazal și funcțiunea glandei tiroide — Turburări sufletești în legătură cu diferitele glande — Raportul între creșterea fizică și cea sufletească — Cauzele întârzierii (Copii hipotrofici) — Privire endocrinologică asupra copilăriei — Hipotrofia infantilă (Exemple și discuția cazurilor) — Hipertrofia infantilă (Cauze, rolul hipofizei, al glandelor sexuale, observațiuni, discuții) — Privire generală asupra desvoltării fizice și intelectuale a elevului cu 5 planșe:

Într'o planșe generală se expune raportul între promovați, corijenți și repetenți între anii 1922 și 32, pe clase: — Planșa I-a reprezintă totalul afecțiunilor glandelor și al antecedentelor de boală la 636 elevi examinați în 1934—35; — planșa II-a reprezintă modul cum se întâmplă pe cale fiziologică sub raport fizic creșterea exagerată; — planșa III-a reprezintă creșterea fiziologică a copiilor întârziați în greutate și talie; — planșa IV-a reprezintă desăvârșirea creșterii a 98 copii considerați normali sub raportul greutății și înălțimii; — planșa V-a reprezintă creșterea a 8 copii prea slabi și prea înalți.

Digitized by Babeș-Bolyai University Library Cluj

PARTEA II-a — Aptitudinea de a învăța.

Cum funcționează și se contrabalansează glandele — Raportul între temperament și intelect. — Glanda tiroidă și inteligența (Infirmități, lipsuri și insuficiența, instabilitate funcțională, instabilitate termică, instabilitate psihică, caracer excesiv, caracter nestatornic, temperament hipertiroidian și hipotiroidian), Glanda timus nefavorabilă inteligenței — Glanda epifizică dă precocitate suspectă — Glandele genitale, curaj, inteligență — Precocitate favorabilă — Glanda hipofiză (temperament hipofizar, oameni de acțiune), glanda suprarenală dă durată, perseverență, — Glanda paratiroidă, glanda liniștirei — Hiperpancreaticii.

PARTEA III-a în 6 planșe prezintă rezultatele statistice asupra aptitudinilor la studii, cari împart elevii în 6 categorii: cei buni la toate materiile (99), cei buni la toate materiile și slabi la matematici (77), cei buni la matematici și slabi la alte materii (30), cei slabi la toate (54), mediocrii (396), cei excepționali la matematici (18).

In INCHEERE autorul trage concluzii asupra factorului individual glandular, asupra factorului educativ moral, asupra înclinației individuale care este constituțională.

Această documentată lucrare, apărută în 1935, rămâne de actualitate la noi, care de-abia am introdus medicul școlar; pentru educarea elevilor din școalele noastre, în care nota din catalog primează asupra fișei individuale.

Cartea se adresează părinților, dascălilor și medicilor.

Autorul, care se relevează ca un pasionat cercetător în domeniul endocrinologiei, ar fi de dorit să-i vulgarizeze conținutul prin conferințe publice, precum cea dela Craiova în 1937, în cât mai multe orașe din țară.

M. Cânciulescu

III

Diverse — Informaţiuni.

Infiinţarea Cercului Academic de Studii Medico-Aeronautice din Cluj

Din iniţiativa d-lui profesor univ. D-r Iuliu Haţieganu, a medicului D-r Od. Apostol, şeful serv. sanitar al regiunei aeriene şi a D-rului Oct. Stanca,, într'o şedinţă de organizare, care s'a ţinut în sala de conferinţe a institutului de fiziologie şi la care au luat parte d-nii profesori univ.: D-r Buzoianu, Benetato şi Bărbulescu, apoi numeroşi medici şi farmacişti militari din garnizoană, medici civili, asistenţi şi alţii, s'au pus bazele Cercului academic de studii medico-aeronautice din Cluj.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Preşedinte al cercului a fost ales d. profesor D-r I. Haţieganu, secretar general D-r Apostol, iar secretar ajutor şi de şedinţe, D-r Stanca Oct. Cercul a ales apoi următorul comitet de onoare compus din d-nii: Ing. Irimescu, ministrul aerului şi marinei; general de div. av. Stoicescu, comandantul forţelor aeriene; medic şef aviator dr. Victor Anastasiu, directorul dir. san. a M. A. M.; prof. univ. D-r Ştefănescu-Goangă, rectorul universităţii din Cluj, fost subsecretar de stat; decan al facultăţii de medicină, prof. univ. D-r Michail, medic şef al S. San. C. 6 Arm., D-r Mircea Ionescu; comandor av. N. Manolescu, c-dtul regiunei aeriene din Cluj; medic şef al forţelor aeriene, D-r Dobreanu; cpt. com. av. Cernescu, comand. flot. av. de gardă; medic şef D-r Dimitriu, şeful centrului de cercetări psihofizice ale aeronauticei dela Pipera.

Cercul are şi un comitet de conducere şi studii alcătuit astfel:

Secţia de boli interne, condusă de d. prof. Iuliu Haţieganu; Secţia de neuropsihiatrie, endocrinologie şi psihologie condusă de d. prof. Urechia; Secţia otorinolaringologică condusă de d- prof. Buzoianu; Secţia de fiziologie condusă de d. prof. Benetato; Secţia de fizică specială condusă de d. prof. N. Bărbulescu; Secţia biochimică condusă de d. prof. Manta, iar membrii farmacişti d. D-r Crainic şi D-r Hermann; Secţia chirurgicală condusă de medic principal docent D-r Nichita; Secţia de cercetări în sbor şi laborator medico-aeronautic: D-rii Apostol, Oct. Stanca şi Viciu. Secţia oftalmogică: D-r M. Diacicov, dela flot. av. gardă; Secţia tehnică aeronautică lt. comandor av. Anton Marin; Secţia fişelor bibliografice: D-r I. Ciocan, dela şc. tehnică aeronautică.

Programul acestui cerc cuprinde:

Intreprinderea unor studii ştiinţifice în legătură cu aeronavigaţia.

Intocmirea unui index bibliografic al medicinei aeronautice.

Diferite comunicări, recenzii, publicaţiuni în legătură cu medicina aeronautică.

Intocmirea unui buletin special.

Infiinţarea unui laborator medico-aeronautic.

Legătură ştiinţifică cu cei ce se ocupă de chestiunile medico-aeronautice la noi şi în străinătate.

Propagandă prin presă, broşuri, conferinţe, radio în favoarea avionului sanitar.

Demonstraţiuni pe teren şi cursuri de specializare.

Şedinţele vor fi lunare şi vor avea loc fie la clinica psihiatrică, fie la institutul de fiziologie.

*

Primul Congres internaţional de medicină legală

La 22—24 Septembrie 1938 va avea loc la Bonn, primul Congres internaţional de medicină legală şi socială, sub preşedinţia D-lui Prof. Pietrusky, Directorul Institutului de Medicină Legală dela Bonn. Acest congres, hotărât de reprezentanţii a 12 naţiuni, este menit a aduna într'un mănunchi savanţii tuturor ţărilor, care şi-au închinat activitatea ştiinţelor pozitive şi auxiliare dreptului şi în deosebi ştiinţelor criminologice.

Pentru moment s'au fixat următoarele 3 rapoarte:

1. Prof. Jungmichel: Alcoolul şi importanţa lui din punct de vedere a justiţiei criminale în ceiace priveşte accidentele de circulaţie.

2. Prof. Lochete: Părul de om şi de animal din punct de vedere criminalistic.

3. Prof. Leclerq, Prof. Cazzaniga, Prof. Mueller: Vedere generală asupra legilor accidentelor de muncă.

D-nii medici şi D-nii jurişti, care doresc a prezenta rapoarte sau comunicări, sunt rugaţi a trimite titlurile până la 1 Aprilie 1938 pe adresa:

Prof. M. Kernbach, Institutul Medico Legal Cluj, secretar pentru România în biroul Congresului.

*

Adunarea generală a Societăţii Române de Urologie

La 28 Ianuarie a. c. a avut loc la sediul Societăţii din localul Asociaţiei generale a Medicilor, B-d Brătianu 11, Adunarea generală anuală a Societăţii române de urologie.

D. agregat Gh. Marinescu, preşedintele Societăţii, luând cuvântul mulţumeşte membrilor pentru concursul dat în cursul anului expirat.

D. docent M. Popescu-Buzeu, Secretar general, expune darea de seamă asupra activităţii Societăţii pe teren ştiinţific şi profesional. Arată prestigiul deosebit de care se bucură astăzi lucrările Societăţii, care dela reconstituirea ei acum 4 ani, a ajuns să fie apreciată în străinătate, ca una din cele mai bune Societăţi ştiinţifice româneşti. Cere membrilor să continue munca şi cu mai multă râvnă, pentru ca această Societate şi specialitatea care o reprezintă să fie totdeauna unul din nucleele puternice ale expansiunei medicale româneşti.

D. D-r Vintici, casier, prezintă raportul financiar, iar d. D-r Burghele, citeşte raportul cenzorilor, după care adunarea dă descărcare de gestiune.

Se alege apoi comitetul Societăţii pe anul 1938, care se constituie în modul următor: Preşedinte docent J. Anghel; vice-preşedinţi: Mircea K. Constantinescu şi St. Petraşincu; secretar general docent M. Popescu Buzeu; casier V. Vintici; bibliotecar Ionescu Militiade Giurgiu; secretari: I. Atanasiu şi Gh. Olănescu. Comisia de cenzori este formată din foştii preşedinţi ai Societăţii: prof. Hortolomei, agregat general D-r Chrisian E. şi agregat Gh. Marinescu.

D. docent Anghel J., luând preşedinţia îşi exprimă emoţia ce o resimte ocupând locul pe care l'a ocupat prima dată Herescu în 1909, atunci când s'a fondat Societatea.

Urmează apoi şedinţa ştiinţifică, la care au făcut comunicări următorii:

D. prof. Hortolomei şi Gh. Cojan asupra „Alcoolul diluat ca preventiv al inoculărilor secundare în timpul operaţiei pentru tumori vezicale".

D-r Stoian şi Aurelian Popescu: Atitudinea chirurgicală în traumatismele rinichiului. Raportor M. Popescu Buzeu.

D-r Th. Burghele: Infarct renal simulând o nefrită hemoragică.

D-r Gatoschi G.: Falşi calculi; anurie reflexă.

*

Muzeul serviciului sanitar al armatei

Serviciul Sanitar al Armatei a luat hotărârea să înfiinţeze un muzeu, după modelul celor existente astăzi la Paris (Val-de-Grâce) şi la Berlin (Aerztliche Militaerakademie).

In acest muzeu se vor strânge uniforme, fotografii, tablouri, etc. în raport cu trecutul Serviciului Sanitar în diversele faze ale existenţei sale.

Persoanele care posedă din lucrările amintite mai sus şi în acelaş timp doresc să le doneze muzeului, sunt rugate a înştiinţa.

Deasemenea se primesc cu recunoştinţă orice sugestii privitoare la viitoarea organizare a acestui muzeu, care pentru moment a început să se organizeze pe lângă Centrul de Instrucţie Sanitară în clădirea Institutului Sanitar Militar.

*

Noul Comitet al Asoc. Medicilor Români din Paris

Asociaţia medicilor români pentru studii la Paris, face cunoscut, că în urma alegerilor ce au avut loc în Adunarea generală din 1 Decembrie 1937, şi-a ales următorul **Comitet pentru anul 1937—1938**:

Preşedinte:	D-r C. I. TĂNĂSESCU (reales)
Vice Preşedinte:	D-r ION MESROBEANU
Secretar g-ral:	D-r VIRGIL BĂLEANU
Casier:	D-r GH. CONSTANTINESCU
Bibliotecar:	D-r GH. POLATOS
Membrii cu atribuţii speciale:	D-ra D-r RENÉE POPA
	D-r ŞT. BALMEZ

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Al VIII-lea Congres naţional de chirurgie

(Bucureşti, 14—16 Noembrie 1937)

Chestiunile puse la ordinea de zi, au fost: 1) **Tratamentul anexitelor**, de prof. **C. Daniel** şi dr. **O. Mavrodin** (Bucureşti) şi prof. **Grigoriu Cristea** (Cluj); 2) **Tratamentul plăgilor superficiale**, de prof. **I. Iacobovici** (Bucureşti) şi medic general **Pârvulescu** (Iaşi); 3) **Tratamentul chirurgical al paraliziei infantile**, de Agregat **I. Marian** (Bucureşti) şi Agregat **A. Trosc** (Iaşi).

In afară de rapoartele prezentate asupra acestor chestiuni s'a făcut un număr mare de comunicări, unele de foarte mare valoare ştiinţifică.

Menţionăm deocamdată extrem de interesantul „DISCURS DE DESCHIDERE" al D-lui Prof. **C. Daniel**, Preşedintele congresului, care a vorbit despre FRONTIERELE CHIRURGIEI şi PROGNOSTICUL OPERATOR.

Fiind dată importanţa deosebită a concepţiunilor expuse în cadrul acestui discurs, concepţiuni care trec dincolo de barierele strâmte ce specialităţile au găsit cu cale să-şi impună, am socotit a publica în numărul de faţă prima parte a acestui discurs.

M. C.