MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

ANUL XI — No. 5-6/1938

PROBELE FUNCȚIONALE IN PATOLOGIE

PARTEA I

SUMARUL

Pag.

† Prof. Gh. Marinescu (1864-1938) 309

Prof. D-r C. PARHON: ELOGIUL PROFESORULUI G. MARINESCU . . . 314

PROBELE FUNCȚIONALE IN PATOLOGIE

Partea I

Introducere la studiul fizio-patologiei . . .

Prof. C. DANIEL și Conf. AL. CRĂINICEANU: PROBELE FUNCTIONALE IN GYNECOLOGIE 323

Prof. D-r DUMITRESCU-MANTE: PROBELE FUNCTIONALE IN EXPLORAREA PLEURO-PULMONARA 340

N. GINGOLD: DESPRE PUNCTIA STERNALA SI IMPORTANTA STUDIULUI MADUVEI OSOASE, RECOLTATA „IN VIVO" 351

I. MARCU: SPRE O EXPLORARE FUNCTIONALA IN ALERGIE 364

Prof. D-r D. NEGRU: PROBELE FUNCTIONALE IN RADIOLOGIE . . . 370

Prof. C. I. PARHON și ST. M. MILCU: EXAMENUL FUNCTIONAL IN ENDOCRINOLOGIE 378

Agregat D-r D. PAULIAN și D-r M. CARDAȘ: EXPLORAREA FUNCTIONALA A MENINGELOR 388

I. PAVEL: PROBELE FUNCTIONALE ALE VEZICULEI SI CAILOR BILIARE . 391

CAZURI CLINICE.

TRAIAN BONA: SUTURA NERVULUI CUBITAL SECTIONAT URMATA DE TRANSMISIUNEA IMEDIATA A INFLUXULUI NERVOS 394

V. DRĂGOESCU și A. DOBRESCU: SIFILIS HEREDITAR TARDIV CU MANIFESTARI OSOASE MULTIPLE 398

(Urmare pag. 2 cop.)

50.504. SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

MAREŞ CAHANE şi TATIANA CAHANE: CONSIDERATIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE SCHIZOFRENIE CU COLIBACILURIE 401

VALER I. MUNTEANU: UN CAZ DE IRIDO-CICLITA TRAUMATICA CU CARACTER SIMPATIC VINDECAT PRIN REACTIVAREA UNEI MALARII VECHI 405

BALNEOLOGIE.

Doc. M. CÂNCIULESCU: APLICATIUNILE PRACTICE SI INGRIJIREA BOLNAVILOR IN DECURSUL CUREI BALNEARE 408

ACTUALITĂŢI TERAPEUTICE.

Tratamentul paludismului prin produse sintetice 423

Tratamentul medical al anexitelor prin «Blocaj anestezic» . . . 425

Tratamentul sifilisului în lumina anchetei Soc. Naţiunilor . . . 426

Bufoterapia — noua medicaţie prin veninul de broască 428

CĂRŢI — MONOGRAFII.

PROF. C. I. PARHON, DOC. M. GOLDSTEIN, ST. M. MILCU: *Manual de endocrinologie (vol. I.) — Sindromele endocriniene* Tip. «Slova» Bucureşti, 1937. . 429

PROF. GH. POPOVICIU: *Contribuţiunile româneşti în pediatrie şi puericultură (Sec. 19—20)* 1 vol. de 137 pag., «Transilvania» Cluj, 1934. . . . 430

STATE DRAGANESCU: *Expunere de titluri şi lucrări ştiinţifice* «Bucovina», Bucureşti, 1938. 431

MARIUS GEORGESCU: *Titluri, lucrări, activitate* «Luceafărul», S. A., Bucureşti, 1931. 433

M. GEORGESCU SI M. STROESCU: *Instrumentaţie obstetricală – Studiu iconografic — istoric — critic.* «Luceafărul» Bucureşti, 1937 434

R. OLINESCU: *Contribuţiuni la studiul răspândirei tuberculozei în mediul rural românesc* — Monografie de 30 pag. 1937. 435

M. ZAVERGIU-TEODORU: *Consideraţiuni asupra natalităţii, mortalităţii şi morbidităţii la copiii asiguraţilor* — Monografie, de 16 pag. 1938. 436
Rec. de *M. Cânciulescu.*

GASTON DANIEL ET ALBERT DANIEL (Marseille): *Arts et techniques de la santé.* — Două volume de 1540 pagini, Doin & C-ie, Editeurs Paris, 1937. . . . 438

LOUIS SAUVE: *Le docteur Récamier (1776-1852). Sa famille; ses amis* – Un volum de 252 pagini, Editura «Spes,» Paris 1938.. 439
Rec. de *Prof. C. Daniel.*

SOCIETĂŢI ŞTIINŢIFICE.

ACADEMIA DE MEDICINA — Şed. din 16 Aprilie, 18 Mai, 1, 4, 15 şi 22 Iunie 1938 VI-XIV

ANALISE.

REVISTA REVISTELOR — Balneologie, Biologie, Bio-chimie, Digestive, Diverse, Educaţie fizică, Endocrinologie, Fiziologie, Fizio-patologie, Ginecologie, Infecţioase, Laborator, Med. experimentală, Med. socială, Nas-gât-urechi, Neurologie, Parazitologie, Pediatrie, Respirator . . . . . XVI-XLVIII

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Comemorarea Prof. D-r Victor Babeş – Aniversarea a 50 de ani a vaccinării antirabice în România 441

Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova — Buletinul 10/1938 . . . 442

Soc. Ştiinţelor Med. din Oradea 444

Dâmboviţa Medicală 446

Asoc. Med. Farm. din Bacău. 446

Cooperative sanitare rurale 447

(Urmare pag. 3 cop).

Cluj University Library Cluj

Pag.

Conferinţa D-lui Prof. Danielopol la Soc. Medicală din Berlin . . 447
Congresul internaţional de Chirurgie 448
Al IV-lea Congres naţional de tuberculoză 449
Al IV-lea Curs de perfecţionare organizat de «Asoc. Docenţilor Universitari» şi de către Inst. de Balneologie dela Fac. de Medicină din Cluj 450

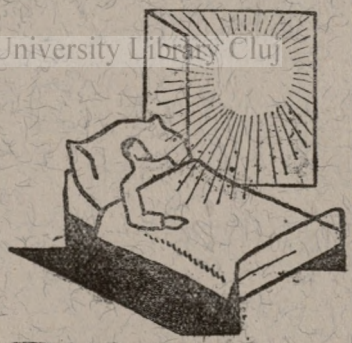
Din «Sumarul» No. următoare. II
Tabla de materie pentrn produse farmaceutice III
Condiţiuni de publicare şi abonament IV

BCU Cluj / Central University Library Cluj

THIOBI

THIOTARTRAT DE BISMUT
DR. OERIU

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



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

Reprezentanţa „A. STUDERUS & Co.", Bucureşti I. Str. Sft. Gheorghe 29 Telefon 3-19-94

SANEDRINE

Efedrină levogiră

TERAPEUTICĂ
ANTIALERGICĂ

ASTM
RINITE SPASMODICE
BRONŞITE CRONICE
URTICARIE
PRURIT, MIGRENELE
HEPATO-BILIARILOR

PREVENIREA
ACCIDENTELOR SERICE
HIPOTENSIUNE
POST-OPERATORIE
ASTENII
POST-INFECŢIOASE
Comprimate de 0,025 gr.

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS

Repr. generală pentru România:
„SPECIA" Str. Ion G. Duca No. 19, Buc. III.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PROFESORUL GH. MARINESCU
1864 — 1938

In vârste de 74 ani s'a săvârşit din viaţă Profesorul Gh. Marinescu, încărcat de glorie neperitoare şi demnităţi academice; o glorie „căreia nu-i mai lipsea nimic, el lipsind de acum înainte celei a noastre" ţară şi ştiinţă medicală românească; demnităţi, câte puţini oameni au avut în viaţă.

Profesorul Gh. Marinescu a fost unul dintre cei mai mari învăţaţi ai timpului său; s'a bucurat de o faimă mondială; membru a 7 Academii şi 23 Societăţi ştiinţifice, a lăsat peste 2000 lucrări, articole şi conferinţe cu caracter ştiinţific; conferenţiar talentat, a interesat întotdeauna prin fond şi a plăcut prin forma aleasă de expunere.

A activat exclusiv pe terenul neurologiei, căreia, ca să o adânceească, i-a subordonat accesoriu discipline fundamentale, precum histologia şi bio-chimia.

Histo-patologist format la şcoala Prof. V. Babeş, clinician făurit la şcoala lui I. Charcot, Profesorul Gh. Marinescu a depăşit de multe ori marginile specialităţii sale, făcând incursiuni în domenii vecine şi favorizând cercetările altora, precum cele de endocrinologie ale D-lui Prof. C. Parhon, suplinitorul său la catedră, care îi va face „ELOGIUL", şi cu el enumerarea principalelor sale lucrări, în paginile cari urmează.

Creator al Şcoalei de Neurologie română, Prof. Gh. Marinescu a **prezidat şi patronat** astfel şi **Şcoala de Endocrinologie română,** fondată de D-l Prof. C. I. Parhon.

Spitalul Pantelimon a devenit astfel leagănul glorios al acestor 2 şcoli, cari strălucesc în prezent cu o lumină incomparabilă.

Colaborând cu savanţi români ca I. Atanasiu şi V. Babeş, sau străini ca P. Marie, Prof. Gh. Marinescu şi-a făcut tot atâţia colaboratori de seamă din elevii săi, pe care i-a asociat la lucrările sale şi cu cari a ocupat necontenit în decursul anilor coloanele revistelor şi şedinţele Congreselor de specialitate.

Cercetător neobosit, pentru care ziua de lucru începea disdedimineaţă în serviciul său de Neurologie dela Pantelimon şi în urmă de la Colentina, care de azi înainte prin decizia guvernului român va purta numele său, chemându-se **Institutul de neurologie, Prof. Gh. Marinescu,** dupe ce cu puţin timp mai înainte parlamentul român îi votase **prelungirea pe vieaţă la catedră,** Prof. Gh. Marinescu a murit pe poziţie, în timpul şi din cauza serviciului, pe care îl prelungise prin voinţa sa peste limitele firesti îngăduite de vârste.

Cumpătat în toate, neîngăduindu-şi niciun exces, decât acela al excesului de muncă intelectuală care înobilează pe om, Prof. Gh. Marinescu, care aprofundase studiul fenomenelor vitale în lucrări asupra vieţii şi morţii, ajunsese la concluzia

că aceste fenomene sunt ireversibile şi că mai curând sau mai târziu trebue să murim.

S'a conformat la rându-i legei naturale, pe care încercările actuale de prelungire a vieţei n-o pot înfrânge pentru mult timp, dar prea curând pentru ştiinţa medicală, care mai aştepta dela el descoperiri noi.

A trăit în cultul lui Pasteur, a cărui operă a proslăvit la fie-care aniversare; — în cinstirea lui Charcot, la centenarul naşterii căruia a reprezentat pe foştii elevi; — în exemplul lui Babeş, la a cărui aniversare recentă de 50 ani a primei vaccinări antirabice în România a vorbit pentru ultima oară.

In viaţă s'a aşezat alături de marii savanţi ai omenirei.

In moarte şi-a asigurat un loc în panteonul marilor oameni ai ţării şi ai ştiinţei româneşti.

Revista „Mişcarea Medicală Română" faţă de care Prof. Gh. Marinescu a arătat tot timpul o bunăvoinţă extremă, patronând-o şi onorând-o adesea cu colaborarea sa preţioasă pe care o anunţase şi la unul din numerile tratând despre „Probele funcţionale în patologie" nu-şi va putea exprima mai bine renoştinţa, decât consacrând un NUMĂR OMAGIAL vieţei şi operei sale.

«Mişcarea Medicală Română»

* * *

ELOGIUL PROFESORULUI GH. MARINESCU *)

de

Prof. D-r C. PARHON

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

Academia de Medicină pierde unul din reprezentanţii cei mai de seamă în persoana maistrului meu Prof. Gh. Marinescu. Este o pierdere şi pentru ştiinţa mondială.

dială şi ceace a făcut în special pentru medicina românească.

Imi revine mie greaua sarcină să reamintesc ceace a fost viaţa sa de cercetare şi muncă fără preget, ceace a adus pentru ştiinţa mon-

Gheorghe Marinescu s'a născut la 23 Februarie 1864. Rămas de mic orfan de tată, mama sa femeie săracă reuşi totuşi a 'i da cultura necesară pentru a intra în Universitate după ce mai întâi absolvise seminarul.

Deja din primii săi ani de studii medicale, Marinescu a atras atenţia maiştrilor săi de atunci Profesorii Kalinderu şi Buicliu şi mai cu seamă a Profesorului Babeş al cărui asistent şi colaborator deveni mai târziu.

In serviciul lui Kalinderu şi Buicliu publică primele sale lucrări clinice cu privire la dilataţia pupilară în pneumonia vârfului, la zona zoster, la mielita transversă şi cu Prof. Babeş o lucrare asupra terminaţiilor nervoase motrice.

Dar atras de faima lui Charcot fondatorul neurologiei franceze reuşi a obţine o subvenţie din partea Institutului Babeş şi plecă în Franţa unde deveni în curând unul din elevii cei mai eminenţi ai marelui maistru de la Salpetrière.

---

*) Cuvântare ţinută la Academia de Medicină, şedinţa din 1 Iunie 1938.

Intr'adevăr nimeni nu era mai bine preparat ca să studieze neurologia prin metoda anatomoclinică pe care Charcot o inaugurase.

Un caracter specific în activitatea Maestrului nostru a fost acela de a urmări ultimele progrese ale ştiinţei şi de a le utiliza pentru a face să progreseze Neurologia.

Astfel el a fost primul autor care inspirat de lucrările lui Marey asupra cromofotografiei studie cu ajutorul cinematografului mişcările anormale în boalele sistemului nervos. Cercetă astfel turburărirele mersului în hemiplegia organică şi isterică, în paraplegii, tabes, coree, miopatia primitivă.

Găsi prin analiza mişcărilor mai muulte fapte interesante ca hipotonia flexorilor gambei pe coapsa în hemiplegia organică şi în unele paraplegii de exemplu cât şi caractere care diferenţiază net hemiplegia organică de cea isterică.

Tot Marinescu studie pentru prima oară alteraţiile osoase ale acromegalilor cu ajutorul razelor Roentgen, utiliză ultramicroscopul pentru a preciza structura celulei nervoase, etc.

Aceste câteva exemple sunt suficiente pentru a confirma afirmaţia pe care am făcut-o cu privire la grija pe care a avut-o de a îmbogăţi şi clarifica domeniul neurologiei aplicând ultimele progrese ale ştiinţei în general. Vom arăta acum principalele sale lucrări în diferitele domenii ale Neurologiei.

Printre studiile de semeiologie vom cita acela asupra semnului lui Babinski. Astfel el arătă că cel mai bun mijloc de a pune în evidenţă acest semn este de a excita marginea externă a piciorului şi că s'au putut găsi cazuri în care procedând în felul acesta se arată prezenţa acestui simptom în timp ce el poate lipsi sau reflexul poate să se producă în flexiune, dacă se excită la acelaş bolnav, marginea internă a tălpii piciorului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Relată observaţii asupra compresiunii căii piramidale cu semnul lui Babinski, fără alteraţii a căii piramidale şi fără reacţia celulelor lui Betz, reacţie pe care a pus-o primul în evidenţă, ceace arată că o alteraţie anatomică a căii piramidale nu este necesară pentru apariţia fenomenului degetelor de la picioare. Ajunge o simplă insuficienţă funcţională.

A fost deasemeni primul care (cu Radovici) a descris reflexul palmomentonier.

Dar noţiunea cea mai interesantă cu privire la fenomenele reflexe este acea relativă la rolul lor în troficitate asupra căreia vom reveni imediat.

Vom cita încă în materie de semeiologie nervoasă, lucrările asupra baresteziei şi sensibilităţii vibratorii cari l-au condus la concluzia că aceste modalităţi ale sensibilităţii îşi au conducătorii lor localizaţi în cordoanele posterioare, aproape de substanţa cenuşie.

Vom reaminti deasemeni lucrările sale asupra localizării turburărilor sensitive în tabes, cu cele 4 zone unde turburările predomină

(zona toracică, cubitală, podalică şi genitoperineală) de asemeni şi cercetările sale asupra contracturei hemiplegicilor.

Tot din punct de vedere semeiologic Marinescu arătă că panariţiul analgesic (boala lui Morvan) reprezintă o manifestare a siringomieliei şi nu a leprei după cum admiseseră alţi autori.

In ceace priveşte siringomielia el relată deasemeni observaţia unui caz asociat cu acromegalia şi arătă că există 2 feluri de siringomielii una în raport cu proliferarea nevrogliei ependimare, a doua datorită turburărilor circulatorii, care determină formaţia de cavităţi medulare. Acest din urmă proces are loc în siringomielia care însoţeşte pachimeningita.

Studiul atrofiilor musculare ca şi studiul troficităţii în general, a interesat întotdeauna într'un înalt grad pe acela care a fost marele savant Marinescu. Insistă asupra faptului că atrofiile muşculare sunt regula în hemiplegie. Descrise, într'un caz de claudicaţie intermitentă, o formă specială de atrofie musculară, angiomiopatia, în legătură cu alteraţiile arteriale a vaselor, consacră cercetări minuţioase studiului clinic şi histopatologic al miopatiilor zise primitive şi scrise asupra acestui subiect o admirabilă monografie în marele tratat de medicină a lui Brouuardel-Gilbert Thoinôt.

Artropatiile de origine nervoasă l-au interesat deasemeni şi cu ocazia studiului lor emise celebra sa teorie a troficităţii reflexe pe care Jules Soury a calificat-o de genială.

In legătură mai mult sau mai puţin strânsă cu patologia troficităţii se găsesc deasemeni lucrările sale asupra mânii suculente în siringomielie, care făcu obiectul tezei sale de doctorat în medicină, asupra boalei lui Paget, sclerodermiei, acromegaliei, osteomalaciei, obezităţei în hidrocefalie, etc.

Ca elev al Profesorului Babeş şi cu marea sa competinţă în materie de anatomopatologie şi multiplele sale cunoştiinţe bacteriologice a fost mult atras şi de studiul neuroinfecţiunilor.

In această ordine de idei a studiat nevrita leproasă arătând că este vorba mai cu seamă de o nevrită interstiţială cu prezenţă de bacili numeroşi în mezonerv.

Demonstră deasemeni natura infecţioasă a boalei lui Landry, arătând prezenţa microorganismelor în centrii nervoşi ai acestor bolnavi (diplococi într'un caz, o bacterie amintind pe acea a cărbunelui în altul). Puse deasemeni în evidenţă prezenţa de stafilococi în măduvă într'un caz de mielită apărută în cursul unei variole.

Reamintim aci că în timpul războiului mondial în urma unei misiuni cu care fusese însărcinat de guvernul englez făcu (în laboratorul prietenului său Frederic Mott) studii cari au rămas clasice asupra encefalitei epidemice.

Cităm deasemeni studiul său asupra nevritei ascendente în urma unei gangrene a piciorului, în care urmări microbii în nervul sciatic până în apropierea măduvei spinărei.

Mai menţionăm lucrările sale asupra paludismului centrilor nervoşi, meningitei seroase, turbărei, transmisiunei pe cale nervoasă a

virusului poliomielitic, herpetic, zonei zoster, etc. De asemeni cercetările sale recente asupra leucoencefalitei pneumonice.

Printre lucrările Maistrului nostru în legătură cu patologia măduvei spinării reamintim şi pe acelea ce privesc hematomielia, sindromul coagulărei masive al lichidului cefalorachidian, boala lui Friedrich şi amiotrofia de tip Charcot Marie, precum şi relaţiile ei cu nevrita interstiţială, hipertrofică, etc.

Un număr considerabil de lucrări cu privire la histopatologia sistemului nervos şi mai cu seamă la neurocitologie trebue să fie menţionat. Astfel sunt lucrările sale asupra alteraţiilor primitive şi celo secundare (în urma alteraţiilor axonale) a celulelor nervoase demonstrând că, cromatoliza începe prin periferie în primele şi prin centru cu excentrizarea nucleului, rotunjirea şi tumefacţia corpului celular, dispariţia dendritelor în cele de al doilea. Introduce în ştiinţă, cu privire la aceste din urmă alteraţii, numele de reacţie la distanţă care va trebui să rămână.

Consacră de asemeni cercetări interesante studiului reparaţiei celulei nervoase, în urma modificărilor pe care le sufere în urma alteraţiilor nervilor periferici.

Cunoaşterea reacţiei la distanţă îl conduse în mod natural să arăte prezenţa leziunilor celulelor nervoase de origină, în alteraţiile nervilor periferici (polinevrite) şi îi permise să întreprindă o întreagă serie de cercetări asupra localizărilor în nucleii motori bulbospinali.

In aceaşi ordine de idei arătă reacţia (şi uneori dispariţia celulelor lui Betz) în urma alteraţiei căii piramidale. Origina căii piramidale e astfel demonstrată în mod evident şi se dădu posibilitatea de a se stabili localizările în cuiburile cerebrale a celulelor gigante (ale lui Betz) în raport cu nivelul leziunilor piramidale.

Printre lucrările în legătură cu patologia centrilor nervoşi cităm pe acelea ce privesc alteraţiile fibrelor colaterale a rădăcinilor posterioare, existenţa fenomenelor regenerative alături de acelea déstructive (a fibrelor nervoase) în tabes, secţiunile măduvei, ramoliţia cerebrală şi chiar în demenţa senilă.

In legătură cu aceasta din urmă vom reaminti deasemeni că „plăciile senile" au fost observate pentru prima oară de Marinescu şi Paul Blocq.

Mai cităm încă observaţia aceloraşi autori asupra prezenţei unei tremurături de tip parkinsonian, într'un caz de tumoră localizată în locus niger. Ştim astăzi care este importanţa alteraţiilor acestei regiuni în sindromul parkinsonian.

Printre lucrările lui Marinescu în legătură cu neurologia organică mai cităm şi pe acelea ce privesc afazia amnezică, amnezia instrumentală, alteraţiunea centrilor nervoşi în pelagră.

Din punct de vedere al psichiatriei organice cităm lucrările sale asupra alteraţiilor centrilor nervoşi în demenţa senilă şi în diferitele forme de idioţie amaurotică familială (prezenţa de glicogen în celulele nervoase, etc.).

După Noguchi a fost primul care a arătat (cu Minea) prezenţa spirocheţilor în creerul paraliticilor generali.

Elev al lui Charcot, Marinescu a dat întotdeauna cea mai mare atenţie studiului isteriei căreia îi consacră de altfel primele sale lucrări. Cercetările sale asupra somnambulismului, automatismului ambulator, afaziei isterice cu contractura coardelor vocale, hemiplegiei isterice, influenţei izolărei şi a sugestiei în tratamentul marei nevroze sunt de citat în acest loc.

Dar nu vom uita mai cu seamă cercetările sale din urmă cu privire la fiziopatologia acestei nevrose, graţie cărora s'a întreprins o întreagă mişcare de revizuire a cunoştiinţelor noastre din acest punct de vedere.

Profesorul Marinescu era de părere că isteria se bazează pe un mecanism fiziopatologic asemănător cu acela al boalelor organice şi că manifestările sale nu sunt numai de ordin pitiatic. Cercetările sale cu privire la existenţa unei anestezii în sensul obiectiv al cuvântului cu absenţa de reacţii reflexe în urma excitaţiei regiunei anestezice, sunt de citat din acest punct de vedere.

Alături de aceste studii vom menţiona şi pe acelea ce privesc audiţia colorată, scrierea speculară, etc., fără ca pentru aceasta să le introducem în cadrul isteriei.

Mai reamintim lucrarea sa în colaborare cu P. Serieux. „Asupra patogeniei epilepsiei" lucrare premiată de Academia de Medicină din Bruxelles.

Printre lucrările ce privesc celula nervoasă trebue să cităm cercetările asupra acţiunii ligaturei aortei abdominale, asupra toxinei tetanice, asupra botulismului, asupra acţiunei frigului şi a căldurei, a vârstei, asupra smulgerii nervilor, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vom menţiona şi pe acelea ce privesc aşa zisul pigment galben (care reprezintă pentru Marinescu un fenomen de autoliză) şi granulaţiile celulelor nervoase în general, asupra neurofibrilelor, asupra mugurilor terminali, asupra modificărilor celulelor nervoase ale ganglionilor transplantaţi sau cultivaţi in vitro, etc.

Dar mai ales să nu uităm cercetările sale ultramicroscopice asupra celulii vii, graţie cărora a putut demonstra că corpusculii lui Nissl nu reprezintă de cât produse de coagulaţiune, ceace nu micşorează de altfel cu nimic valoarea lucrărilor privind variaţiunea lor în diferitele tipuri de celule sau în diferitele stări fiziologice sau patologice. E vorba, în realitate în aceste diferite împrejurări, de studiul unui echivalent structural.

Profesorul Marinescu a fost unul din cercetătorii pe care l-a interesat în mod deosebit architectonia centrilor nervoşi. Din acest punct de vedere el a lăsat lucrări remarcabile privind traectul ramurei descendente a rădăcinilor posterioase, legăturile frontostriate, localizaţiunile în nucleii motori bulbospinali precum şi citoarhitectonia scoarţei cerebrale, (unele din ele în colaborare cu Goldstein).

Marele nostru Maestru a lucrat până în ultimele clipe ale vieţii sale. Impreună cu colaboratorii săi mai recenţi, el a publicat lucrări importante asupra reflexelor condiţionale cu Sager şi Kreindler, asupra tonusului muşcular cu Ionescu-Siseşti şi cu ultimi 2 autori şi a studiat cu un mare interes împreună cu aceiaşi colaboratori problema electroencefalografiei căreia îi a consacrat mai multe lucrări.

Din punct de vedere terapeutic Marinescu a fost unul din promotorii tratamentului pe cale rachidiană. El a încercat pe această cale (1900) albastrul de metilen într'un caz de meningită; relatează rezultatele bune ale injecţiunilor de sulfat de magneziu în cazurile de coree, de nevralgii şi studiază mai ales acţiunea serului salvarzanizat în vivo şi injectat pe cale rachidiană, în paralizia generală cu neurosifilis în general.

Să nu uităm deasemeni că el a aplicat cu succes în unele cazuri radioterapia în scleroza în plăci ca şi în paralizia generală.

Printre lucrările de fiziologie trebue să cităm cercetările sale cu Gad asupra centrului respirator bulbar cu care ocazie a reuşit să distrugă „centrul vital" fără să oprească respiraţia, lucrarea sa asupra inervaţii glandelor bazii limbii, precum şi aceea privind distrugerea hipofizii.

Neuroendocrinologia şi Endocrinologia în general, au interesat deasemeni şi întotdeauna pe neobositul cercetător care a fost Profesorul Marinescu.

Din unele puncte de vedere poate fi considerat ca unul din primii pioneri ai Endocrinologiei.

Intr'adevăr când Pierre Marie îşi începu studiile asupra acromegaliei care trebuiau să dea un avânt incomparabil fiziologiei şi patologiei hipofisare, el se adresă tânărului histopatologist român, elev al marelui Maistru Prof. Babeş.

Gerge Marinescu lucra atunci la Salpetrière.

Din această colaborare eşi teoria hipofisară a acromegaliei.

Acela care trebuia să fie mai târziu fondatorul neurologiei române continuă şi mai târziu lucrările sale asupra fiziologiei şi patologiei acestui organ enigmatic.

Intr'o comunicare la Societatea de Biologie relată primele experienţe de distrugere a hipofisei şi aproape în acelaş timp primele încercări de opoterapie hipofisară.

Aplică primul, după cum am spus-o deja, radiografia la studiul alteraţiilor oaselor în acromegalie.

Mai târziu reveni încă de multe ori asupra aceleiaşi boli. Studie relaţiunile ei cu siringomielia, diabet, obezitatea, gigantism, insistând din ultimul punct de vedere asupra rolului factorilor constituţionali diferiţi în patogenia acromegaliei şi gigantismului.

Relată observaţiuni cu privire la gigantismul visceral în acromegalie, la caşexia hipofisară asociată cu diabetul insipid, etc.

In ultimul timp îşi luase sarcina unui raport asupra hipofisei pentru Congresul de Endocrinologie al Micii Inţelegeri, raport pe care moartea sa neprevăzută l-a împiedicat de a-l redacta.

Dar şi alte glande au făcut obiectul cercetărilor Prof. Marinescu. Astfel în ceace priveşte tiroida el a relatat de mult observaţii de sindrom lui Basedow asociat cu tabes sau cu diabetul zaharat, cu sclerodermia, studie excitabilitatea neuromusculară în mixedem, demonstrând influenţa temperaturei mediului din acest punct de vedere şi publică un studiu foarte amănunţit histopatologic asupra mixedemului infantil arătând încetinirea dezvoltărei cerebrale pe de-oparte, scăderea rezistenţei la infecţia tuberculoasă pe de altă parte.

Să nu uităm lucrarea sa (cu Minea) asupra influenţei întârzietoare sau împiedecătoare a tiroidectomiei asupra fenomenelor de degenerescenţă sau regenerare a nervilor periferici secţionaţi.

Cu Minea a mai prezentat o comunicare asupra simbiozei neurotiroidiane.

Intr'o comunicare la care mi-a făcut onoarea să mă asocieze s'a demonstrat că extirparea corpului tiroid întârzie moartea animalelor supuse la inaniţie. Tot în colaborare cu Parhon studie modificările suprarenalei după tiroparatiroidectomie, castraţie, inaniţie, etc.

Incearcă tratamentul timic în miopatia primitivă şi de curând găsise alteraţii interesante ale timusului într'un caz de miastenie ceace îşi propuse să publice.

Lucrările sale asupra sindromului lui Weber la un diabetic cu reapariţia reflexelor pierdute înainte, asupra diabetului insipid cu leziunea ventriculului al 4-lea, asupra poliuriei familiale sunt deasemeni de citat în acest loc, deasemenea şi cazul său de tetanie tratat cu succes cu opoterapia paratiroidiană.

In acest sindrom care-l interesase întotdeauna a găsit între alte fapte în colaborare cu Athanasiu şi servindu-se de ajutorul pletismografului că vasele musculare se dilată în loc să se contracte în timpul contracţiei musculare şi acest fenomen a fost regăsit de autor cu colaboratorii săi Parhon şi Kreindler la animalele injectate cu hormona paratiroidiană.

Lucrările lui Marinescu asupra sclerodermiei, asupra rolului oxidazelor în cursul procesului de regenerescenţă al nervilor perferici asupra diminuărei sau dispariţiei acestora din urmă în celulele nervoase în unele procese patologice sunt deasemeni de citat aci.

Digitized by Central University Library Cluj

Dar nu numai prin scrierile sale a contribuit la progresul endocrinologiei. Se poate afirma că rolul său a fost şi de altă natură.

In serviciul său de la Pantelimon a luat naştere Endocrinologia română.

In 1900 împreună cu Goldstein am studiat un caz de virilism la o paralitică generală, şi am găsit în acest caz, un kist ovarian. Acesta a fost prima noastră lucrare de endocrinologie, intitulată „Asupra câtorva funcţii puţin cunoscute a ovarelor". Cu această ocazie a insistat şi asupra rolului glandelor endocrine în constituţia somatopsichică.

Am mai insistat asupra corelaţiilor interglandulare şi atenţia noastră a fost atrasă atunci pentru prima oară asupra antagonismului tiro-ovarian.

Dar nu e locul să vorbim despre noi înşine.

Trebue să spun totuşi că de atunci am continuat să lucrăm pe terenul endocrinologiei a cărei importanţă devenea din ce în ce mai evidentă.

In 1906 tot Maistrul nostru Prof. Marinescu a propus la Facultatea de Medicină ca subiect pentru premiul Serfiotti de „A stabili pe baza de fapte clinice şi experimentale rolul glandelor endocrine în patologie".

Impreună cu Goldstein, colegul meu de internat de atunci ne-am

apucat de lucru realizând cu această ocazie un proect conceput dinainte acela de a privi şi trata problemele endocrinologice pe o scară destul de vastă.

Studiul nostru în 8⁰ (800 pagini) a fost premiat cu premiul Serfiotti.

Decanul de atunci Prof. Toma Ionescu ne-a sfătuit, ceace am acceptat cu entuziasm, să publicăm cartea noastră în limba franceză.

A fost prima carte care privea chestiunea secreţiilor interne aşa cum putea fi văzută pe atunci în întregimea ei.

Această carte a fost repede epuizată, dar endocrinologia românească era aşezată pe baze solide.

Marele nostru Maistru a prezidat la naşterea ei.

In numele şcoalei române de Endocrinologie îi aducem în acest moment omagiul nostru pios.

Dar dacă Profesorul Marinescu a fost unul din neurologii cei mai cunoscuţi şi stimaţi, valoarea sa este mai mare încă pentru România.

El a fost părintele Neurologiei române.

Data naşterei acesteia din urmă a fost la 1 Mai 1897, cu 41 de ani mai târziu Maistrul a murit, aproape la aceiaş dată.

Inainte de această epocă (1 Mai 1897), Neurologia românească nu exista în adevăratul sens al cuvântului. Profesorii de clinică medicală făceau din timp în timp lecţii asupra unor boale nervoase. Dar totul era nebulos, însemnătatea sistematică a bolilor nervoase, simptomele, patogenia şi tratamentul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Marinescu introduse studiul luminat în metoda anatomoclinică cât şi de gândirea biologică.

La Spitalul Pantelimon a fost leagănul Neurologiei române. Inainte de crearea Serviciului de Neurologie, acolo exista un singur serviciu mare pentru bolnavi cronici, infirmi şi bătrâni condus de un medic foarte distins, dar poate prea sceptic şi puţin blazat, regretatul Dr. Em. Turbure.

In serviciul acestuia din urmă erau multe cazuri de neurologie (tabes, paraplegii, hemiplegii, miopatii, parkinson, etc.).

Acest serviciu fu împărţit şi „nervoşii" trecură în acela destinat tânărului doctor Gh. Marinescu.

Eu însumi şi C. M. Popescu am fost primii interni. Am practicat noi înşine trecerea de care am vorbit.

Activitatea serviciului începu imediat cu un tempo destul de accelerat. Se lucra cu mult interes şi entuziasm.

Şcoala română de Neurologie fusese creată. O catedră de Neurologei a fost creată şi încredinţată aceluiaşi specialist. Noi interni veniră apoi dintre care unii ca Goldstein, Minea, Radovici, şi-au câştigat un nume în Neurologia mondială. Aceasta a fost şcoala de la Pantelimon.

Mai târziu pentru cauze asupra cărora nu e locul să insistăm (marea distanţă de oraş a Spitalului Pantelimon între altele) serviciul de Neurologie a fost transferat la Spitalul Colentina. Acolo noi elevi au venit să lucreze dintre care Drăgănescu, Vasilescu, Sager, Kreindler,

Grigorescu, Iordănescu, Buttu, Bruch, etc. De asemenea şi Prof. I. Nicolescu, Doamna Maria Niculescu, D-l Agregat Ionescu-Siseşti *) toţi trei aparţinând în acelaş timp Şcoalei Neurologice din Paris şi Bucureşti.

Dar cu câte dificultăţi a trebuit să lupte şi cât timp a trebuit să întrebuinţeze pentru a crea în fine Institutul de Neurologie care trebue să-i poarte numele. Dar nu l-a avut de cât spre sfârşitul vieţii.

Este o datorie naţională să se dea acestui institut numele fondatorului său şi Academia de Medicină trebue să vegheze ca această datorie să fie îndeplinită.

Mai adaug că din punct de vedere didactic Profesorul Marinescu era un Maistru din cei mai eminenţi. Lecţiile sale nu erau numai foarte instructive, nu reprezentau numai puneri la punct a chestiunilor expuse dar erau pline de sugestii şi perspective pentru viitoare cercetări.

Trebue să adaug că Profesorul Marinescu a desfăşurat şi o intensă activitate socială. A profesat şi propagat ideea marelui rol al intelectualilor în conducerea societăţii umane, aceia a unei politice bazate pe ştiinţă şi justiţie.

Pare însă că omenirea nu este încă coaptă pentru o asemenea ideie. Dar trebue să sperăm că ea va fi înţeleasă şi realizată în viitor.

Mai reamintim că profesorul Marinescu preocupat de viitorul poporului român şi interesat de problema eredităţii a fondat o Societate de Eugenetică graţie căreia anul viitor va avea loc un Congres Internaţional de Eugenetică la Bucureşti.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceasta este foarte pe scurt activitatea fecundă a marelui nostru Maistru.

Această activitate a fost de altfel recunoscută şi onorată la justa ei valoare.

Marinescu a fost membru a 7 Academii şi 23 de Societăţi ştiinţifice. A fost de 2 ori invitat să facă conferinţe şi lecţii în Universităţile din America de sud unde i-s'a făcut o primire triumfală şi unde a primit o medalie de aur.

Când s'a celebrat la Paris centenarul naşterei lui Charcot, lui Marinescu i s'a făcut onoarea de a fi ales să vorbească în numele elevilor săi.

Era membru asociat al Academiei de Medicină din Paris şi comandor al Legiunii de Onoare.

Această viaţă de cercetări şi muncă a Profesorului Marinescu va fi cel mai bun exemplu de urmat pentru generaţiile tinere.

Academia de Medicină va păstra o pioasă amintire operei acesteia şi autorului său.

Ea va trebui să vegheze deasemeni ca Institutul pe care el l-a creat să-i poarte numele, ceace a fost dealtfel decis de curând graţie intervenţiei elevilor săi, de guvernul român.

---

*) Astăzi titularul Catedrei de Neurologie.

II.

Probele funcţionale

în patologie.

INTRODUCERE LA STUDIUL FIZIO-PATOLOGIEI PROBELE FUNCTIONALE

de

Docent D-r M. CÂNCIULESCU

Probele funcţionale servesc ca mijloc de introducere în studiul fizio-patologiei.

Fizio-patologia se ocupă cu studierea funcţionării organismului bolnav, mai precis a turburărilor funcţionale.

In condiţiunile anormale, pe cari le determină în mod spontan boala sau în mod voit experimentarea, funcţiunile organelor în parte şi în total sunt turburate.

Probele funcţionale au de scop a asigura explorarea funcţiunilor, spre a vedea dacă au deviat dela normal, în ce fel şi în ce măsură, adică a determina sensul şi întinderea turburării funcţionale; dupe cum anatomia patologică ne indică gradul lesiunii materiale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste „PROBE" asigură o explorare forţată, pun organele la încercare, exerciteazâ o cercetare funcţională activă, în condiţiuni experimentale determinate de clinică, asupra forţei de rezervă a organelor.

Pe aceste PROBE FUNCŢIONALE ACTIVE le avem în vedere în primul rând în studiul de faţă, căci mai sunt mijloace cari indică în mod spontan şi măsoară pasiv o turburare funcţională.

Intr'adevăr o funcţiune abătută dela condiţiunile exercitării ei normale mai poate fi înregistrată fără a fi interogată direct, ci numai observată în manifestările ei pasive; semeiologia se ocupă cu studiul acestor manifestări funcţionale spontane care sunt semnele boalelor, „SIMPTOMELE" subiective şi obiective, a căror semnificaţie sau interpretare se face tot pe bază de cunoştinţe fizio-patologice.

Propriu zis Semeiologia, de esenţă pur clinică, constitue primul pas, de introducere, în studiul fizio-patologiei, asigurând o EXPLORARE FUNCŢIONALĂ PASIVĂ; probele funcţionale fac al doilea pas, spre o EXPLORARE FUNCŢIONALĂ ACTIVĂ, de ordin experimental, în condiţiuni cari nu se depărtează prea mult de la normal, obiectul lor fiind omul tar nu animalul.

Probele funcţionale sunt chemate să exerciteze o EXPLORARE FUNCŢIONALĂ DE ORDIN CLINIC; — ele fac parte din METODA CLINICĂ, pe care o practicăm zilnic în clinică; — reprezintă MOMENTUL GÂNDIREI FIZIOLOGICE lângă patul fiecărui bolnav; — reproduc ETAPA FIZIOLOGICĂ în evoluţia cunoştinţelor medicale; — constituesc o TECNICĂ DE ORDIN EXPERIMENTAL CLINIC, care trebue predată în spital şi învăţată.

Semeiologia face Diagnosticul clinic, anticipând asupra fizio-patologiei dupe cum

fizio-patologia sau patogenia stabilește **Prognosticul**, punând **Indicațiile terapeutice** — împreună se referă la leziunea **(Anatomia patologică)** pe fondul căreia se petrec fenomenele funcționale semeiologice și patogenice; și cu toate se silesc a găsi cauza eficientă **(Etiologia)** care a deslănțuit drama patologică — pentru a ajunge la diagnosticul final, care se cere integral (Martinet) și la o terapeutică rațională și practică (Manquat).

Toate aceste momente de esență clinică se desfășoară zilnic sub ochiul medicului, dupe cum au evoluat în decursul secolelor în cadrul medicinei, într'o **fază de observație**, semiologică apoi anatomică; o **fază de interpretare**, fiziologică apoi etiologică; o **fază de acțiune**, terapeutică (Achard) *) care din empirică tinde să devină pe zi ce trece experimentală.

Iar concepțiunile generale ale medicinei au trecut de la humorismul inițial al lui Hipocrate la neo-humorismul final al lui Lumière; dela empirism, misticism filosofia spiritualistă teocratică la medicina biologică de azi, care se prezintă ca o „știință naturală, dominată de concepțiuni și metode biologice" care se ocupă de omul compus din fizic și psihic, din corp și suflet (Hațieganu-Goia).

Pe noi ne interesează aici studiul fizio-patologiei prin explorarea activă a funcțiunilor turburate.

Se credea odată, și întrucâtva și acum, că **leziunea constitue boala**; dar sunt leziuni cari nu se traduc prin turburarea funcțiunilor și prin nici-o expresie clinică, fie că sunt de importanță minimă, fie că sunt situate în regiuni indiferente sau în țesuturi mai puțin diferențiate, fie că simțurile sau metodele noastre de înregistrare nu le percep.

Intotdeauna însă **turburarea funcțională constitue boala**; cu timpul ea poate creia și leziunea, după cum în filogenie funcția a determinat organul; într'adevăr sunt împrejurări când o emoție violentă sau o sguduire bruscă a organismului dau naștere la o serie întreagă de turburări ale funcțiunilor organelor fără ca acestea să prezinte alterări anatomice; când resultă ruperi de echilibru funcțional care să determine chiar moartea, o **moarte funcțională** (Abrami), din care bolnavul să-și poată reveni, precum în urma unui acces paludic algidic sau a unei anestezii generale, prin injecțiuni de adrenalină în inimă.

Aceste boale funcționale cari se întâlnesc mai ales în clientela de oraș, la femei, la oamenii bogați, la intelectuali, la tarați și pe cari Prof. Abrami le apreciază la mai mult de jumătate din bolile umanității, sunt datorate unui desechilibru circulator de origine endocrino-simpatică; ele sunt suferințe de natură funcțională pură, fără substrat lesional anatomic sau se grefează pe un fond organic a cărui simptomatologie proprie complică și depășesc; sunt trecătoare sau persistente; cea mai aplicată terapeutică nu le poate vindeca sau dispar în urma unei metode sau intervenții anodine, precum o operație simulată (Abrami **).

„La symptome, c'est le trait d'union entre le malade et nous, c'est le langage de la maladie" (Abrami); pe acest limbagiu, obiectiv sau subiectiv, direct, spontan, vorbit, îl înregistrează și interpretează Semiologia care este antecamera clinicei (Hațieganu—Goia); — precum îl interoghează și provoacă să vorbească când este surd, **Probele funcționale cari servesc ca mijloc de introducere la studiul fizio-patologiei.**

Mecanismul fizio-patologic care stă la baza simptomelor, syndromelor, formelor clinice, este nespus de complicat; aprofundarea fizio-patologiei permite descoperirea de „semne noi" și „probe noi", descrierea de „alte forme clinice", punerea definitivă pe bază fiziologică a terapeuticei.

Intre organe se stabilesc legături de dependență funcțională; — în diferite grade, dupe importanța și complexitatea funcțiunilor lor.

---

*) Ch. Achard: *La méthode clinique* — Paris médical 1927.
**) P. Abrami: *Les troubles fonctionnels en pathologie* — Presse médicale 103 | 936.

BCU Iași / Central University Library

In stare normală, vecinătatea nu constitue un factor condiţional de dependenţă.

In stare patologică, vecinătatea joacă rol în plus, influenţarea făcându-se prin contiguitate, propagare directă, cale mecanică ş. a.

Din această influenţare reciprocă resultă sindrome variate şi complexe, în descurcarea cărora ne ajută raţionamentul patogenic şi cunoştinţele de ordin fizio-patologic.

In nici o altă cavitate a organismului această dependenţă prin vecinătate nu este mai strânsă ca în cavitatea toracică ***).

O piesă uzată, la o maşină ca şi la om, turbură funcţionarea celorlalte; — pe măsură, noi piese sunt prinse în angrenajul vicios; unele organe se pun în stare de travaliu forţat, ca să supleeze lipsei de randament a altora aflate în stare de **„Meiopragie funcţională"**; se stabilesc pentru moment **Echilibruri compensatoare**, până când decompensarea ivită determină noi **„Cicluri vicioase"**, favorabile sau defavorabile, primare sauu secundare, mai restrânse sau mai întinse, isolate sau intricate, variabil desvoltate în spaţiu şi timp.

Aceste reacţiuni particulare determină **„formele clinice"** pe cari **„speţele clinice"** se grefează ca tot atâtea **„cazuri individuale"** greu de diagnosticat şi mai greu de tratat.

Identificarea cu un moment mai de vreme ajută la corectarea la timp, la deformarea, transformarea sau suprimarea lor.

Rămân **„paradoxale"** numai ciclurile neînţelese, neprevăzute.

Organele stabilesc legături între ele prin contact direct, imediat, când se influenţează în funcţionarea lor prin presiune, prin tracţiune, prin compresiune, prin iritaţie, prin propagare a proceselor inflamatorii pe cale de contiguitate sau continuitate de ţesuturi; sau se influenţează la distanţă prin intermediul sistemului circulator, al sistemului nervos, pe cale reflexă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Organele mai stabilesc legături între ele mai ales prin funcţiunile ce exercitează, funcţiuni cari sunt univiscerale, petrecându-se într'un singur organ, sau pluriviscerale când la ele participă mai multe organe pe cari le grupează în aparate şi sisteme (Claude Bernard).

Interdependenţa funcţiunilor se face în stare normală prin raţiuni de similitudine sau de antagonism.

In stare patologică sinergia tinde să fie înlocuită prin asinergie, disociaţie a funcţiunilor care la rându-i comandă **metoda discriminării funcţionale** în explorare, adică a aplicării unei alegeri printre funcţiuni şi a explorării lor elective, începând cu funcţia principală pentru a degaja **dominanta patologică** (Noel Fiessinger).

Acelaş autor *) recomandă Metodele mari de explorare funcţională, care constau în exploararea unui organ în stare normală — adică „au ralenti" şi în stare forţată de surmenaj funcţional, adică de funcţionare „a pleins gaz", dupe care să se tragă deducţiuni din compararea datelor obţinute, Metoda comparativă; — precum recomandă Selecţiunea metodelor în aplicarea unor „tecnice simple şi rapide" a căror „repetiţie în serie" să permită „multiplicarea probelor", precum şi în găsirea unor probe cari să realizeze „instantaneul funcţional" al unui organ, precum „instantaneul hepatic" care explorează deodată mai multe funcţiuni.

Dar această metodă de selecţiune a probelor de explorare funcţională, în slujba căreia punem în primul rând „examenele de laborator" trebue să o aplicăm cu severitate extremă, punându-ne la adăpost de „erorile de tecnică, cari sunt fizice şi chimice; de „erorile de raţionament" cari sunt psihice — unele şi altele

***) M. Cânciulescu: *Interdependenţa funcţională şi terapeutică a organelor toracice — Fizio-patologia infundibulului arterei pulmonare.* Conf. ţinută la Asoc. Doc. Fac. de Medicină din Bucureşti, în ziua de 6 Maiu 1938.

*) Noel Flessinger: *Les explorations fonctionnelles,* Masson, 1937.

de ordin personal subiectiv; de „abuzul schemei" care fiind de ordin general nu poate fi aplicată la fie-care caz particular (Fiessinger).

Anatomia patologică pare că şi-a spus ultimul cuvânt.

Fizio-patologia va asigura progresul cunoştinţelor medicale în viitor; fie în domeniul medicinei experimentale care face fizio-patologie explorată, în laborator; fie în al terapeuticei, raţiunea şi scopul suprem al medicinei, care face fizio-patologie aplicată, clinică la patul bolnavului.

Domeniul fizio-patologiei se întinde în toată fiziologia şi în toată patologia; — or fisiologia (generală, celulară şi specială) are ca obiect studiul proprietăţilor ţesuturilor şi al funcţiunilor organelor (Gley); iar patologia se ocupă cu studiul boalelor; — cu atât este deci mai întins şi mai greu de explorat domeniul fizio-patologiei, chiar dacă ea se limitează la clinică şi se ocupă numai cu studiul funcţionării omului în stare normală şi patologică şi are ca obiect cercul vieţei acestuia (Grasset).

*

S'a creiat în trecut la noi pentru asigurarea învăţământului medical cursuri limitate, conferinţe pentru anumite teritorii restrânse ale patologiei; pe motive de principii scolastice sau raţiuni bugetare azi se vorbeşte de o restrângere, o concentrare a unor catedre principale, în timp ce se scindează vechi catedre şi se intenţionează transformarea altora; mai amintim că facultăţile noastre de medicină n'au aceleaşi catedre şi că programele analitice diferite, se schimbă anual.

Aceste contradicţii au făcut să nu se dea curs cererii formulate prin 1930 de d-l Prof Danielopolu şi însuşită de majoritatea profesorilor fac. de medicină din Bucureşti de a se creia la această facultate o conferinţă de fizio-patologie, care să funcţioneze pe lângă un serviciu de clinică.

Este o lacună cu atât mai neprielnică învăţământului nostru medical, această lipsă, cu cât catedrei de fiziologie nu-i este ataşat un serviciu de spital, precum este celei de anatomie patologică morga spitalelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

In numărul de faţă, se publică o parte, PARTEA I, a probelor funcţionale în patologie; — dar cum intenţionăm a da cea mai mare desvoltare explorării funcţionale a organismului uman bolnav, articolele anunţate şi neprimite la timp la redacţie se vor repartiza în mai multe din numerile viitoare.

Publicarea tuturor articolelor laolaltă se va face ulterior, în volum aparte, când şi gruparea organelor explorate se va face pe bază de ordin anatomic sau fiziologic.

Explorarea funcţională a unor organe speciale, precum pielea; sau a organelor într'o vârste particulară, precum copilăria; sau a unor organe cari fac obiect de specialitate aparte, precum ochiul, naşul, gâtul, urechile; sau a organelor faţă de disciplinele medicale distincte, precum chirurgia, balneologia, dietetica, radiologia; sau explorarea funcţiunilor alergice ale umorilor şi a unor funcţiuni cu totul speciale — o atare explorare funcţională de întreg a organismului omenesc, în condiţiuni de boală, făcută în detaliu de specialişti autorizaţi în materie, va îmbogăţi literatura medicală românească cu o carte de cel mai mare folos pentru medici şi de mare prestigiu pentru medicina românească.

PROBELE FUNCŢIONALE IN GYNECOLOGIE

de

Prof. C. DANIEL şi Conf. AL. CRAINICIANU

Progresele ştiinţelor medicale din ultimii ani, au adus interesante contribuţiuni la studiul funcţiunilor aparatului genital al femeei. Putem spune că explorarea funcţională prin diverse metode sau probe relativ recente, permite un diagnostic mai precis al turburărilor fiziologice, singure sau determinate de diverse leziuni anatomice, iar orientarea terapeutică se face într'un cadru mai precis.

Pentru explorarea funcţională a aparatului genital al femeii, se recurge la: studiul Ph.-ului secreţiunei vaginale, testul Schiller pentru diagnosticul precoce al cancerului colului uterin, histero-salpingografia, insuflaţiunea tubară simplă, insuflaţiunea tubară hymografică, interferometria, titrarea hormonilor sexuali.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

I.

STUDIUL PH. SECREŢIUNII VAGINALE.

Cei mai mulţi autori (Menger, Loeser, Jaschke, etc.), consideră secreţiunea vaginală ca un transudat al mucoasei. Un număr restrâns de autori atribuesc originea secreţiunei într'o autolyză a epiteliului vaginal descuamat. Secreţiunea vaginală cuprinde 66% apă şi este, după cum vom vedea, normal acidă. Gradul aciditătei este în raport cu numărul de ioni H. liberi, ceeace constitue pentru autorii germani „aciditatea actuală". (H. Nürnberger), pe când unirea ionului H. cu celelalte componente chimice reprezintă aciditatea de titraţiune (titration aciditat).

Origina aciditătii normale se datoreşte după cei mai mulţi autori acţiunii diverselor bacterii, oaspeţi obicinuiţi ai vaginului, asupra unor elemente chimice celulare şi cari conduc la formaţiunea de acid lactic. Aceste bacterii ar fi: bacilii Döderlein, acido-philus, acido-lactici, coli comune, lactis aerogenis, pseudo-difteric, hefe, proteus, etc.

Studiul secreţiunei vaginale din acest punct de vedere poate fi determinat prin următoarele metode mai însemnate:

a) **Prin hârtia de turnesol.** Hârtia albastră de turnesol devine

roşie în contact cu mediul acid. S'ar putea crede că există un raport între intensitatea culoarei obţinute şi gradul de aciditate. O astfel de interpretare ar conduce la rezultate eronate. Ea nu este decât calitativă şi se produce la un Ph. de peste 8,0 şi sub 6,0. La o concentraţiune cu un Ph. de 6,0—7,0 poate apare albastră, deci indicaţiunea de aciditate prin culoare în asemenea condiţiuni nu poate fi obţinută în mod precis.

Studiul acidităţii prin această metodă arată că:

1) La noui născuţi, mediul vaginal este slab acid.

2) La copii de 4—6 săptămâni, mediul începe să se modifice, devenind uşor alcalin.

3) La pubertate şi în epoca de activitate genitală, este acid.

4) La menopauză, aciditatea diminuă puţin.

b) **Prin determinarea Ph. secreţiunii vaginale.** Reprezintă desigur cea mai exactă metodă, însă nu este la îndemâna medicului practician. Totuşi prin colorimetrele actuale, cu foi indicatoare (Wulff), determinarea gradului acidităţii este mult simplificată.

Prin aceste metode, studiul acidităţii la noui născuţi a arătat că aciditatea este însemnată: de 5,0 pentru a diminua în urmă.

Dela vârsta 1—14 ani, Ph. variază între 3,86—4—4,85, în perioada de activitate genitală se menţine aproape în aceleaşi cifre, iar în menopauză diminuă spre un Ph. de 4,0.

Evaluarea acidităţei este adesea o necesitate, deoarece cu ajutorul ei ne putem orienta într'o serie de turburări funcţionale. Hyperaciditatea poate fi elementul etiologic al sterilităţei, al pruritului vulvar, al unor infecţiuni şi leziuni vulvo-vaginale, etc.

www.dacoromanica.ro / www.biblioteca-digitala.ro

Aciditatea vaginală este cu atât mai pronunţată cu cât regiunea este mai departe de col. (J. A. Schokaert et G. Delrue)[1].

Meaker şi Glaser au arătat că mucusul cavităţei uterine este foarte alcalin cu un Ph. de 8—9. Această diferenţă de mediu determină ascensiunea spermatozoizilor cari se îndreaptă dinspre mediul acid spre cel alcalin. Fenomenul a fost reprodus in vitro de Kurzoke şi Miller cu spermatozoizi umani.

Studiul Ph. cervical la nivelul orificiului extern, prezintă un deosebit interes, deoarece la acest nivel spermatozoizii trebuesc să pătrundă în cavitatea uterină.

J. A. Schokaert şi Delrue au studiat printr'o technică specială Ph. cervical în raport cu sterilitatea. La femeile nesterile, ei au găsit că Ph. a fost în jurul cifrei de 7; deci al neutralităţei absolute. La o grupă de femei sterile, cel puţin de 2 ani, fără cauze aparente, cu o aciditate normală sau sub normală, cu bărbaţi normali din punct de vedere genital şi spermatic, s'a găsit într'o proporţie de 88% din cazuri, o cauză de sterilitate în afară de cavitatea cervicală; stenoză tubară, turburări endocrine, leziuni diverse ale aparatului genital, etc.

In altă grupă de femei sterile cu un Ph. inferior cifrei de 6, deci net acidă, cauzele de sterilitate, în afară de aceia a colului, au fost numai de 35%. Deci când Ph. cervical este inferior cifrei de 6,

1) *A. Schockaert et G. Delrue.* Stérilité et Ph cervical, 5-me Congrès francais de Gynecologie Paris, Mai 1936.

proporţiunea posibilităţei de cauze extracervicale cade dela 88% la 35%, aşa încât se poate deduce că mediul acid intervine în determinarea sterilităţei.

Pare deci, după aceşti autori, că dacă Ph. cervical depăşeşte cifra 6, e aproape inutil a spera vindecarea unei sterilităţi prin tratamente locale la nivelul colului, dar dacă — în mod invers — Ph. este inferior cifrei 6, sterilitatea e în raport cu aciditatea exagerată a colului. Schokaert a arătat că sub influenţa atingerilor repetate de tinctură de iod a regiunei cervicale, Ph. revine la normal.

II.

TESTUL SCHILLER, PENTRU DIAGNOSTICUL PRECOCE AL CANCERULUI COLULUI UTERIN.

Testul Schiller se bazează pe reacţiunea de culoare (brun-acajou), care se produce între glicogenul celulelor epiteliului cervical şi soluţia iodo-iodurată (lugol).

In mod normal celulele epiteliului cervical conţin o cantitate apreciabilă de glicogen: un centimetru pătrat conţine 2,28 mlgr., iar un gram de secreţiune vaginală ar conţine 5—20 mlgr.

Cercetările lui Lubarsch au arătat că glicogenul se găseşte şi în celulele carcinomatoase. Studiile relativ recente ale lui Valter Lahm au precizat metabolismul glicogenului în celulele canceroase. Astfel, acest autor a pus în evidenţă faptul important, că imediat ce se produce o transformare carcinomatoasă a epiteliului cervical, glicogenul conţinut înainte în cantităţi apreciabile în aceste celule, începe să dispară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După Lahm, glicogenul este absent în:

1) Stratul germinativ al epiteliului normal.
2) Celule în mitoză.
3) Cancerul epitelial tânăr.
4) Cancerele cilindrice.
5) Stratul bazal al cancerelor înaintate.
6) Cancerele glandulare.
7) Cancerele pe cale de keratinizare.

Principiul testului Schiller este deci următorul: aplicaţiunea de lugol în zona cervicală produce o coloraţiune brună-acajou caracteristică glicogenului; dacă acesta este absent, cum este cazul transformărei maligne la început, reacţia nu se mai produce. Intr'o astfel de eventualitate, prin contrast cu zonele epiteliale sănătoase, puternic colorate, leziunea neoplasică se desenează.

Biopsia practicată în zona suspectă va aduce convingerea definitivă a prezenţei unui neoplasm.

Technica. Soluţiunea cea mai bună după Schiller, este următoarea: *iod 1 gr., iodură de potasiu 2 gr., apă distilată 300 gr.*

D-şoara R. Sonntag [2]), în teza sa inaugurală, recomandă următoarea soluţiune: *iod 2 gr., iodură de potasiu 3 gr.,* şi apă distilată 300 gr.

După acelaş autor, câteva mici precauţiuni sunt necesare pentru aplicarea

2) *R. Sonntag.* Intérêt pratiqué du test de Schiller pour le diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus. Thèse de Nancy, 1937.

acestui text: speculul trebueşte introdus cu multă băgare de seamă spre a nu traumatiza colul, care trebueşte bine curăţat de mucus. Henriksen recomandă a nu se face tactul vaginal înainte de probă.

Interpretarea reacţiunii: epiteliul cervical şi vaginal colorându-se în brun-acajou, după badijonaj, arată prezenţa unei cantităţi normale de glicogen în aceste celule.

Coloraţiunea roză este în raport cu o eroziune inflamatorie sau traumatică. Coloraţiunea albă indică un proces de transformare neoplasică. Coloraţiunile atipice se întâlnesc mai ales după menopauză şi ar fi în raport cu diminuarea secreţiei foliculare.

Cercetările lui Palmer, au arătat că injecţiunile de foliculină în asemenea cazuri restabilesc culoarea normală (citat după D-şoara R. Sontag).

Testul Schiller prezintă un incontestabil interes şi prin simplicitatea technicei sale, ar trebui generalizat la cea mai mare parte a examenelor genitale. Fără să asigure în mod absolut prezenţa unui neoplasm, el indică locul biopsiei. In lucrarea sa, D-şoara R. Sontag a reunit rezultatele diverşilor autori, cari au întrebuinţat acest test după după cum urmează: Schiller a efectuat 553 examene gynecologice, din cari 140 erau pozitive. In 19 cazuri examenul clinic nu indica nici o leziune. Poulliot pe 60 de examene, a descoperit 3 cazuri de modificări la început. Graves a înregistrat 3 cazuri pozitive la Lugol şi negative din punct de vedere clinic, Emmert deasemeni 3 cazuri pozitive. Palmer, Riazi, pe 100 cazuri examinate la Lugol, a făcut în 27 biopsia, care a arătat diverse leziuni: cancer, leucoplazie, paracheratoză, metrită, etc. In serviciul Prof. Hamant (Nancy), D-şoara R. Sontag pe 60 de cazuri examinate sistematic cu Lugol, a găsit testul pozitiv în 13, ceeace a permis un diagnostic exact prin biopsie şi anume: scleroză, hyperplazie, metrită şi neoplasm.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

III.

HISTERO—SALPINGOGRAFIA.

Primele încercări de explorare prin injecţii a cavităţilor utero-tubare sunt făcute în Franţa de Dartigue şi Dimier.

Metoda histero-salpingografiei constă în: punerea în evidenţă a cavităţilor utero-salpingiene pe o placă radiografică, în urma injecţiunei lor, cu o substanţă opacă.

Lipiodolul e *întrebuinţat prima oară* de Henser şi Carelli; E utilizat apoi de Ferret, Moquot, Claude, Beclaire, Kenedy, C. Daniel şi Şoimaru[3]).

Technica:

a) Prepararea bolnavei constă în evacuarea intestinului şi vezicei şi toaleta regiunei;

b) Examenul trebue efectuat cel puţin 8 zile dela menstruaţie;

c) Pentru injectarea substanţei opace s'a utilizat întâiu metoda injecţiunii prin col, deschis cu ajutorul unei sonde, însă rezultatele au fost nesatisfăcătoare, deoarece lichidul refluează în vagin. S'au între-

3) *C. Daniel şi A. Şoimaru.* Utero salpingografia. Soc. de gynecologie din Bucureşti 18 Martie 1937.

buinţat atunci sonde speciale, de exemplu: sonda Mocquot, Douay, Cotte, Rubin, care să închidă complect colul. Injecţia se face sub controlul radioscopic;

d) **Examenul radiologic.** Se efectuează o radiografie antero-posterioară a basinului şi alta de profil. După trecere de 24 de ore, se face o radiografie de control; dacă trompele sunt permeabile, după 24 de ore substanţa opacă trebue să fi trecut în peritoneu.

Unele incidente sunt posibile ca: refluarea substanţei opace, colici şi pierderi de sânge.

Contra-indicaţiunile reprezintă un capitol însemnat al histerosalpingografiei. Ele sunt de ordin general: stări febrile, cardiace, caşectice, şi de ordin local: polip uterin infectat, sarcină normală şi extra-uterină, infecţiune genitală.

Accidentele pot fi de ordin mecanic: ruptura trompei prin exces de presiune, embolii, inflamaţiuni datorite unor leziuni incomplect răcite.

Indicaţiunile acestei excelente metode sunt multiple. Ele pot fi schematizate în felul următor:[4])

1) In afecţiunile uterului: malformaţiuni, fibroame, polipi uterini, în care cavitatea corpului uterin apare deformată. In cancerul corpului uterin, odată cu aspectul lacunar al zonei neoplasice indică: locul unde trebue practicată biopsia intra-uterină.

2) Afecţiuni anexiale.

3) Sterilitate de origină tubară, arătând sediul obstacolului, — (trompa interstiţială, istmică, ampulară pavilion).

4) Tumori para-uterine.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

5) Verificarea diverselor operaţiuni conservatrice ale aparatului genital.

In clinica de gynecologie Prof. C. Daniel, 80 de cazuri au fost studiate prin această metodă, iar informaţiunile dobândite au fost preţioase, contribuind la stabilirea unui diagnostic de leziune genitală sau de turburare funcţională.

IV.

INSUFLAŢIUNEA TUBARĂ SIMPLĂ.

Rubin, în 1919, a practicat cel dintâiu insuflaţia tubară, în scopul producerei unui pneumo-peritoneu, cu ocazia unui examen radiologic. Cantitatea de Gaz (CO_2) introdusă pe această cale în cavitatea peritoneală, facilita prin contrast examenul prin raze.

Incercările în această direcţiune au condus la studiul permeabilităţii tubare şi a instituirii metodei de insuflaţiune tubară, care s'a generalizat curând şi în alte ţări. Aldrige, Jacoby în America, Pollaert şi Douay în Franţa, Selheim şi Volkman în Germania, Daniel şi Şoimaru în România[5]) aduc importante contribuţiuni, pentru ca această interesantă metodă să ajungă la gradul de desvoltare pe care îl are astăzi.

Aparatele care servesc pentru insuflaţiunea tubară, se bazează pe

4) A vedea teza elevului nostru *Th. Sanielevici.* Histerosalpingografia No. 3971/1933

5) *C. Daniel* şi *A. Şoimaru.* Insuflaţia tubară. Soc. de gynecologie din Bucureşti, 3, Mai 1926.

următoarele principii: printr'un sistem obişnuit (o pompă, suflerie) se creiază o compresiune a gazului de introdus, care trece într'un vas legat cu un manometru pentru a indica presiunea; de aci, prin ajutorul unui tub de cauciuc şi o sondă uterină, gazul pătrunde prin cavitatea uterină şi prin trompă, în cavitatea peritoneală. O serie de aparate au fost construite în acest scop, asupra cărora nu putem insista aci. Amintim numai că, după sistemul de compresiune a gazului, există mai multe feluri: cu bioxid de carbon comprimat (Rubin), cu siringă (Selheim, Pollaert), suflerie cu balon de oxygen (Douay), seringă şi suflerie (Schulbert). La noi în ţară, C. Daniel şi Şoimaru au întrebuinţat întotdeauna aparatul lui Douay.

Technica insuflaţiunei este relativ simplă [6]). După măsurile obişnuite de asepsie ale regiunei, colul se fixează şi se introduce sonda uterină cu „butoir". Unii autori preferă a face o dilatare prealabilă cu Hegar. Acestea nu sunt necesare; ele pot provoca contracţiuni, ceeace ar conduce la rezultatele eronate, în ceeace priveşte permeabilitatea.

In general, nu trebue să trecem peste o presiune de 200—250 m/m. de mercur, deoarece ar putea expune la o rupere a trompei. Cantitatea de gaz introdusă este bine suportată de organism, neprovocând nici un fenomen. S'a utilizat CO_2, protoxid de azot, aer, oxigen.

Semnele permeabilităţei tubare sunt din partea bolnavei şi a aparatului insuflator.

1) Din partea bolnavei: durerea e primul simptom care apare după câteva minute dela insuflaţie şi uneori până la $1\frac{1}{2}$ de oră. Bolnava localizează această durere în abdomen, la baza toracelui, la umărul drept. Un alt semn este sgomotul produs de pătrunderea gazului, în cavitatea peritoneală, care poate fi perceput prin ajutorul unui stetoscop, sub forma unor bolborigme, suflu, freamăt, etc.

2) Scăderea bruscă a manometrului, indică trecerea gazului. Menţinerea permanentă a presiunei la 200—300 m/m. arată că trompele sunt impermeabile, de unde rezultă indicaţiuni din punct de vedere diagnostic şi terapeutic. In primul caz, sterilitatea este indicaţiunea cea mai însemnată. In clinica de gynecologie Prof. C. Daniel, s'au făcut o serie de cercetări pentru a studia valoarea metodei în cazuri de tumori (fibroame, chist), prolaps genital, malformaţiuni. Intr'o lucrare recentă, C. Daniel, D. Mavrodin şi Waneff,[7]) au studiat permeabilitatea tubară în 39 cazuri de anexite cronice sub-acute, acute. Iată concluziunile acestor autori:

1) Permeabilitatea tubară în cursul anexitelor este mai frecventă decât se crede atingând o proporţie de 43,2%.

2) Permeabilitatea bilaterală s'a manifestat în 13,5%, iar unilaterală în 24,3%.

3) Insuflaţia tubară a reuşit să permeabilizeze în cursul exploraţiunei, un procent de 5,4% din cazurile de anexite.

4) In două cazuri de celulite pelviene post-partum şi post-abortum, permeabilitatea tubară arată că inflamaţiunile ţesutului celular lasă

6) A se vedea teza elevului nostru *Ştefănescu N. Ion.* Studiu asupra insuflaţiei tubare în diagnosticul obstrucţiei trompelor No. 2411/1926.

7) *C. Daniel, D. Mavrodin, Waneff.* Cercetări asupra permeabilităţei tubare în anexite La gynécologie Janvier 1938.

www.cimec.ro, www.mnir.ro, www.mnir.ro

trompa indemnă şi deci nu predispun la sterilitate ca inflamaţiunile conductului utero-tubar.

5) Referindu-se la cele 39 cazuri studiate, autorii cred că insuflaţiunea tubară, corect şi prudent aplicată, este o metodă inofensivă, care nu produce accidente, chiar în formele acute şi sub-acute de anexite.

6) Permeabilitatea tubară nu înseamnă însă totul în diagnosticul sterilităţei, ea fiind în raport şi cu starea peretelui tubar, pe care unul dintre autori a studiat-o cu altă ocaziune; totuşi, aceste cercetări îi îndreptăţesc de a propune aplicarea sistematică a insuflaţiunei tubare, alături de celelalte metode de examen şi exploraţiune funcţională, în toate cazurile de anexite, în scop de a cunoaşte posibilitatea de fecondaţiune.

Insuflaţiunea tubară a fost întrebuinţată cu mult interes pentru controlul operaţiunilor plastice, la nivelul trompelor.

Din punct de vedere terapeutic, metoda a fost utilizată în tratamentul sterilităţii, având în vedere posibilitatea desobstruărei trompelor, prin presiunea produsă şi desfacerea aderenţelor.

Contra-indicaţiunile sunt fiziologice cu 8 zile înainte şi 8 zile *după epoca menstruală, iar patologice: inflamaţiuni acute, hemoragii.*

Accidente posibile: ruptura trompei este cu totul excepţională. Refluxul mucosităţilor septice şi posibilităţile de infecţiune a peritoneului, *sunt accidente mai rar observate şi în genere fără consecinţe importante*, când s'au respectat contra-indicaţiunile. Durerile scapulo-toracice, sincopale şi emboliile gazoase, sunt extrem de rare şi literatura medicală abia citează câteva cazuri (Engelmann şi Shallkhen).

© Colegiul Medicilor Din Cluj

* * *

După statisticile recente, frecvenţa obliteraţiunilor trompelor este destul de mare: în cel puţin 30% de cazuri. Iată de ce nici o intervenţiune chirurgicală (curetaj), stomatoplastie, etc.), în vederea sterilităţei nu trebueşte efectuată înainte de a ne informa asupra permeabilităţei tubare.

Daniel şi Şoimaru, în 54 cazuri de insuflaţie tubară, pentru sterilitate, au găsit trompele obliterate în 19 cazuri, deci în 36%. Efectele terapeutice ale insuflaţiunei tubare sunt strâns legate de presiunea utilizată. E uşor de înţeles că, cu cât această *presiune va fi mai ridicată*, cu atât desobstruarea e mai posibilă. Din acest punct de vedere, Daniel şi Şoimaru au întreprins cercetări experimentale: Pe 8 *piese ridicate prin hysterectomie, după închiderea prin pense a orificiului abdominal al trompei*, s'a făcut insuflaţiunea trompei până la 3—400 m/m.

Numai *într'un singur caz s'a făcut o fisură*, iar examenul histologic a arătat că, în acel caz, era o inflamaţiune cronică la nivelul trompei.

In urma insuflaţiunei făcută din punct de vedere diagnostic, s'a *observat în urmă o sarcină*. Din acest punct de vedere, Rubin pe 1000 de cazuri de insuflaţiuni tubare, a observat 95 de cazuri de sarcini consecutive. Majoritatea autorilor cari s'au ocupat de această chestiune, dau cazuri de sarcină după insuflaţie.

Daniel şi Şoimaru[8]) în 54 de cazuri de insuflaţiuni pentru sterilitate, au observat 4 cazuri de sarcină consecutivă la 35 de femei, ale căror trompe erau permeabile, sau au fost desobstruate. Iată concluziunile acestor autori:

1) Valoarea terapeutică a metodei este confirmată prin cazuri de sarcină, fie precoce (în prima lună), fie tardive (până la al doilea an), în proporţie de 11%.

2) In majoritatea cazurilor, 80% sarcina evoluiază la termen; în 20% avorturi.

3) Sterilitatea primară este aceia care beneficiază cel mai mult de metoda Rubin.

Fernand Chatilon pe 100 cazuri, ajunge la concluzia că în cazurile de impermeabilitate parţială sau nesigură, proba trebue să fie repetată de mai multe ori.

Această repetare permite de a reface permeabilitatea trompelor şi de a facilita fecundaţia într'un număr însemnat de cazuri.

V.

INSUFLAŢIA TUBARĂ KYMOGRAFICĂ.

Funcţiunile trompei sunt mai puţin bine-cunoscute, în raport cu rolul migraţiunei ovulare, a rolului trofic asupra ovarului, a sterilităţei de origină tubară, a grefei ectopice a oului. Explorarea funcţională a trompei prin diverse metode recente de investigaţie a avut ca urmare efectuarea de numeroase cercetări asupra fiziologiei acestui organ. Rubin (1925) a arătat că trompele prezintă contracţiuni ritmice, adevărate mişcări peristaltice.

CC-0. Cluj Central University Library CLUJ

C. Daniel, I. Niţescu, A. Şoimaru şi I. Georgescu au prezentat de curând (1937), un studiu asupra fiziologiei trompelor la femee[9]). Autorii au studiat contracţiunile trompelor extrase dela bolnave, operate pentru diferite leziuni aseptice în afară de leziuni tubare (în 25 de cazuri). Trompele erau întâiu deperitonizate, apoi cufundate într'un cilindru graduat umplut cu ser fiziologic bine oxigenat şi menţinut la o temperatură de 38 de grade. Inregistrarea contracţiunilor s'a făcut pe un cilindru Boulitte. In astfel de condiţiuni s'a constatat că trompa prezintă 2 feluri de contracţiuni:

a) Longitudinale, care pleacă dela pavilionul tubar şi se îndreaptă spre uter;

b) Circulare.

Cercetările de farmacodinamie au arătat, în aceleaşi condiţiuni de experimentare, influenţa alcaloizilor şi a hormonilor sexuali.

E de reţinut din aceste cercetări acţiunea de sensibilitate a Prolanului la acţiunea foliculinei. Acest fapt poate justifica utilizarea consecutivă în terapeutică a Prolanului şi foliculinei.

Principiul metodei. In insuflaţiunea tubară, mişcările peristaltice

8) *C. Daniel et A. Şoimaru.* Effets thérapeutiques de l'insufflation tubaire chez les femmes stériles. Communication à la Société française de gynécologie (Paris) 15 Fevrier 1932.

9) *C. Daniel, I. Niţescu, I. D. Georgescu, Al. Şoimaru.* Etude sur la physiologie de la trompe utérine chez la femme. Revue francaise de gynecologie et d'Obstétrique. Paris Nr. 6, Juin 1937, p. 421.

produc variaţiuni ale gazului utilizat, cari sunt înregistrate în mod grafic. (Rubin, 1925).

Instrumentaţiunea este constituită dintr'un dispozitiv pentru a măsura vitesa de scurgere a gazului şi a cantităţei utilizate.

Gazul este pus în relaţiune pe de o parte, cu cavitatea uterotubară, pe de alta, cu un manometru cu mercur prevăzut cu un floteur cu index, care trasează variaţiunile de presiune asupra unui tambur înregistrator.

L. Bonnet[10]) s'a ocupat în special de rezultatele investigaţiunei permeabilităţei tubare, prin această metodă. După acest autor, graficele obţinute variază după situaţiunea anatomică a trompei:

a) Trompă cu permeabilitate normală: presiunea determină o linie dreaptă, care cade apoi brusc, pentru a face loc la oscilaţiuni destul de regulate.

Anestezia bolnavei opreşte aceste contracţiuni;

b) Trompă impermeabilă: se înscrie o linie dreaptă, oblică ascendentă până la o presiune de 150—200 de m/m.

Spasmele tubare se înscriu printr'o linie dreaptă ascendentă, urmată de o cădere bruscă şi de mici oscilaţiuni;

c) In caz de stenoză, presiunea se ridică peste 100 mgr., dar înainte să ajungă la 200, traseul coboară progresiv;

d) Rigiditatea trompelor sau menţinerea lor prin aderente se traduce prin absenţa mişcărilor peristaltice.

Rubin a arătat că în amenoree şi menopauză există o diminuare a oscilaţiilor, ceeace se explică prin pierderea tonusului normal în care intervine secreţiunea internă a ovarului.

Rezultatele comparative între hysterosalpingografia şi insuflaţia tubară a fost făcută de Rubin, Bonnet, etc. Concluziunile acestor autori au fost următoarele:

Hysterosalpingografia este preferabilă atunci când un obstacol tubar trebue suprimat (stenoză, obstrucţie, etc.).

Insuflaţiunea dă informaţiuni mai precise asupra valoarei funcţionale a trompei şi a ovarelor. Insuflaţiunea putând fi repetată de mai multe ori, are din acest punct de vedere o mare însemnătate terapeutică: sarcina se produce mai frecvent. In ceeace priveşte urmările acestor două metode: insuflaţiunea este benignă, iar în cealaltă lipiodolul refluând poate mai uşor contamina prin particule septice, iar reţinerea sa în trompă poate determina granuloame.

Proust şi Palmer au făcut cercetări pentru a obţine o hysterografie fără trecerea substanţei opace în trompe, pentru a evita inconvenientele de mai sus. Acest lucru este posibil, dacă lipoidul este injectat sub o presiune de 5 cmc.

Mocquot, Palmer, Lejeune şi Riazzi au arătat că la o presiune de 4—7 cmc. se produc fenomene phisiologice importante: contracţiunea uterină şi trecerea prin trompe. Pentru a evita această eventualitate ei au utilizat un aparat şi o technică specială (Riazzi) obţinând o hysterografie la o presiune vecină şi inferioară de 4 cmc.

10) *L. Bonnet.* L'insufflation tubaire kymographique. „Soc. d'Obstrétique et gynecologie de Paris". Bull. No. 9. Séance du 9 Novembre 1936.

VI.
INTERFEROMETRIA [11]).

Principiile metodei.

Printre metodele de laborator cunoscute până astăzi, pentru diagnosticarea turburărilor în funcţia glandelor endocrine, interferometria ocupă un loc însemnat.

Interferometria, imaginată şi pusă în aplicare pentru prima oară de Prof. P. Hirsch (Iena), măsoară concentraţia moleculară a serului sanguin, concentraţie care ia naştere atunci când acest ser conţine fermenţi de apărare specifici. Ce sunt fermenţii de apărare?

Pentru prima oară în 1906 Abderhalden încearcă să explice procesele pe cari organismul le întrebuinţează contra substanţelor străine ce ar pătrunde incidental în organism. In 1910, el demonstrează prezenţa în sânge a unor fermenţi ce au rolul de a disloca molecula complexă a substanţelor străine. Aceşti fermenţi au fost numiţi fermenţi protectori (Schutzfermente), iar în 1913, generalizând acţiunea lor în sensul că fac parte din mijloacele de apărare ale organismului, îi numeşte fermenţi de apărare (Abwehrfermente). Aceşti fermenţi au o dublă specificiiate: a organului şi a speciei, dar prima e predominantă.

Fermenţii de apărare au fost puşi în evidenţă prin diverse metode. Incepând cu cele preconizate de Abderhalden, reacţia ninhidridei, a produselor dializate şi palarimetrie. S'au propus diferite alte metode pentru punerea în evidenţă a fermenţilor de apărare şi printre cari vom enumera pe a lui Wollmann, bazată pe producerea indolului prin cultură de coli, a lui Ascoli şi Isar prin determinarea tensiunei superficiale, cu ajutorul stalagmometrului lui Traube, metoda floculării cu ftalat-acid de potasiu a lui Mendeleeff, enzimo-reacţia lui Maragliano-Sivori, reacţia de precipitare a lui Bothelo cu reactiv citro-iodo-iodurat şi întrebuinţarea refractometrului, metoda lui Freund şi Kaminer, a lui Fritz Pregl, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Identitatea acestor fermenţi de apărare a fost dovedită de Weinland „in vivo" care a demonstrat apariţia unei invertine în sângele de câine, după injecţia de zaccharoză în torentul circulator; acest autor doza în sânge cantitatea de zahăr intervertit ce apărea în urma formării invertinei.

Abderhalden a ajuns la acelaş rezultat prin experienţa „in vitro", întrebuinţând mai întâiu ser de câine normal şi apoi ser de câine tratat prealabil cu injecţii de zacharoză; acesta nu era intervertit atunci când serul întrebuinţat provenea dela câine normal, pe când din contră, serul de câine preparat, poseda o putere hidrolizantă destul de pronunţată.

Dacă însă cu aceste reacţii şi metode, cari pun în evidenţă fermenţii de apărare, cercetarea lor nu a ajuns o practică curentă, se datoreşte faptului că se cerea o metodă mult mai obiectivă şi mai precisă. Acestor deziderate le răspunde metoda interferometrică a Prof. P.

11) Datele mai însemnate asupra acestei chestiuni ne-au fost date de D-l *D-r M. Zamfirescu*, căruia îi aducem mulţumirile noastre.

Hirsch. Lui îi revine meritul de a o fi creiat cu minuţiozitate, bazându-se pe principii riguros ştiinţifice.

Instrumentaţiunea este bazată pe interferometrul lui Hirsch, cu care se întrebuinţează reactivii sau opzimele (organ pulver), datorite aceluiaş autor [12]).

Principiul metodei lui Hirsch este, că serul unui bolnav ce conţine fermenţi proteolitici specifici, pus în prezenţa unei pulbere de organ bolnav, constituită numai din substanţe proteice cu greutate moleculară mare, va aduce dezagregarea moleculei. Serul îşi va mări concentraţia moleculară prin produsele rezultate, care se poate măsura cu interferometrul prin comparaţie cu acelaş ser, dar fără pulbere de organ, ce serveşte ca martor. Deci interferometria este o metodă prin care se măsoară concentraţia moleculară a unui ser, cu ajutorul interferometrului, prin indicaţiile date de Hirsch şi observarea benzilor de interferenţă. Principiul interferometrului se bazează pe producţia de franje de interferenţă datorită difracţiei luminei. Dela Grimaldi, Fresnel şi Young, se ştie că *două raze de lumină de aceiaş fază, reflectate*, plecând din două izvoare de lumină diferite, dar parcurgând acelaş drum, diferă între ele, cu una sau mai multe semilungimi de undă. Când aceste raze se întâlnesc, fenomenul poate fi localizat şi constă dintr'o alternanţă de zone de lumină şi de obscuritate. Dungile negre corespund la toate punctele unde se întâlnesc raze, ce diferă cu un număr nepereche de lungimi de undă, benzile albe când numărul e pereche.

Un interferometru trebue deci să se compună din următoarele părţi:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) O *sursă de lumină monocromatică.*

2) O deschizătură reglabilă.

3) Două oglinzi aşezate în aşa fel ca să formeze între ele un unghiu obtuz.

4) Un sistem optic de observaţie apropiată.

Toate acestea sunt realizate prin aparatul lui Hirsch-Löwe, construit de casa Zeiss.

Prin acest aparat sursa de lumină trece prin micro-camerele ce conţin serul normal şi serul bolnavului cu reactivul său. Diferenţele obţinute se citesc pe *tamburul gradat.*

Din comparaţia cifrelor obţinute, rezultă un grafic sau un profil interferometric.

Datorită cercetărilor lui Zimmer, Lendel şi Felow, cari au dat graficul curbei normale ideale, este cu putinţă a se face studiul obiectiv al echilibrului endocrin individual. Observaţia lor a fost făcută pe 1400 de cazuri de indivizi normali. Aceşti autori au stabilit următoarele valori mijlocii de degradare:

Hipofiza totală	9,44%.
Tiroida	17,14%.
Timus	12,20%.
Genitale	17,87%.
Supra renale	8,62%.

12) *P. Hirsch.* Neue Methode zum Nachweis und zur quantitativen Bestimmung der Abwehr fermente. Deutsche med. Wochenschrift No. 31, 1914.

Raportul dintre distanţele hypofiză-suprarenală şi tiroidă-gl. genitală este 1 : 2, iar timusul e între ele.

Orice răsturnare a rapoartelor dintre aceste sisteme este patologică. In general va trebui să ţinem seama de:

1) Valorile de degradare ce se obţin cu opzimele glandelor pe cari lucrăm şi corespondenţele lor din graficul tip.

2) Valorile de degradare obţinute cu ser pus în prezenţa opzimelor normale şi serului faţă de opzime patologice.

3) Valorile de degradarea fiecărei glande faţă de valorile ansamblului.

Metoda lui Hirsch măsoară intensitatea distrugerii celulare, a glandelor, adică inversul vitalităţii lor şi pune în evidenţă leziunea glandulară înainte de apariţia turburărilor funcţionale (pancreatită fără diabet). Ea ne permite să facem diagnosticul diferenţial între turburările funcţionale, datorite în cea mai mare parte glandelor corelative şi acele proprii glandelor lezate.

In acelaş timp, studiul graficului ne dă indicaţii de tratament şi prin repetare la intervale, ne pune în măsură să controlăm efectele tratamentului.

Sero-diagnosticul interferometric îşi găseşte aplicaţiuni în: obesitate, turburări de creştere, reumatism cronic deformant, virilism, matronism precoce, distrofie adiposo-genitală, impotenţă, feminilism, turburări psihice ideative, emoţionale, voliţionale, în astm, gută, exemă, livedo, aero-asfixie, gangrena simetrică, calviţie, caniţie, psoriazis, vitiligo; în acromegalie, gigantism, eunucoidism, diabet, Basedow, cretinism, menopauză precoce, astenii, Adisson, etc., în general boalele de constituţie, de temperament, metabolism şi cele proprii glandelor cu secreţie internă.

VII.

TITRAREA HORMONILOR SEXUALI IN URINĂ, IN TIMPUL ŞI IN AFARA GAVIDITĂŢEI.

Această metodă este o consecinţă a progreselor considerabile realizate în ultimii ani în domeniul endocrinologiei genitale a femeii.

Prin controlul eliminărilor hormonale prin urină, ne putem da seama de turburările produse în organism şi de a ne orienta spre un tratament hormonal pe baze mai precise.

1) **Eliminarea şi dozarea hormonilor sexuali.**

Dozarea hormonilor sexuali se efectuează astăzi asupra: hormonilor ovarieni şi hormonilor pre-hypofizari.

a) **Dozarea hormonilor ovarieni.** Priveşte hormonul folicular şi hormonul luteinic.

Dozarea foliculinei, a dat naştere la numeroase discuţiuni şi cercetări.

Eliminarea normală de foliculină în urină se produce sub forma unei curbe ale cărei maximum ar fi în jurul epocei de ovulaţiune, ceeace este dealtminteri în concordanţă cu noţiunile de fiziologie.

Unii autori cari s'au ocupat de această chestiune (Brandwein, Antogenetii şi Geriola, Siebke şi Spielman, etc.), au

constatat că pot exista mai multe maxime de eliminare a curbei foliculinuriei în cursul unei perioade menstruale.

Cantitatea normală maximă eliminată zilnic între a 15-a şi a 20-a zi dela menstruaţia precedentă, ar fi de circa 60—120 U. S.

Dozarea foliculinei a permis studiul hormonal în sterilitate şi în diverse turburări ale ovarului, ca: anovarie, hypoovarie, dysovarie şi hyperovarie, traduse clinicește prin: amenoree, oligomenoree, hypomenoree, polimenoree, hypermenoree, tachymenoree, etc.

Al. Crăinicianu a efectuat în Laboratorul Bio-Hormonal, peste 3000 titrări, utilizând întotdeauna, pentru mai multă preciziune, extracţiunea complectă de foliculină din urină, prin diverse procedee, asupra cărora nu vom insista aci.

Testul hormonului folicular. Odată extrasă foliculina, se injectează la şobolanul femel castrat. (Test Allen şi Doisy).

Prin injecţiunea de foliculină, se produce oestrul, identificat prin prezenţa de celule cornee de tip special în secreţiunea vaginală.

Dozarea hormonului luteinic este o chestiune actualmente numai parţial rezolvată.

b) **Dozarea hormonilor pre-hypofizari.**

In ultimii 10 ani au apărut un număr considerabil de lucrări asupra acestor hormoni, căutând să precizeze rolul lor în organism.

Iată, după Bergmann, hormonii lobului anterior cunoscuţi până astăzi:

1) Hormonul de creştere: Long şi Evans (1922).

2) Hormonul gonadotrop:

Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Central University Library Cluj

a) Ovar: horm. de maturare foliculară şi de luteinizare (Prolan): Ascheim şi Zondek (1926).

b) Testicul: Smith (1930).

3) Hormonul adrenotrop: Smith (1920).

4) Hormonul tireotrop: Loeb (1926).

5) Hormonul pancreatotrop: Anselmino şi Hoffman (1933).

6) Hormonul paratireotrop: Anselmino şi Hoffman (1934).

7) Hormonul melanofor (corticotrop) Hogben (1922).

8) Hormonul de lactaţie: Riddle (1931).

9) Hormone metabolice speciale:

a) Lipoitrina: Raab (1926).

b) H. met. grăsimilor: Anselmino şi Hoffman (1931).

c) H. contra-insular: Houssay (1932).

Pentru probele funcţionale ale aparatului genital al femeeii, **dozarea biologică a hormonelor gonadotrope** prezintă un deosebit interes. Primele cercetări (1927) datorite lui Smith, Evans, Allen, au dovedit că implantaţia unui fragment din lobul anterior al hypofizei, la un şoricel impuber, produce maturaţiunea acestui animal. Lucrările lui Ascheim şi Zondek (1928) au arătat prezenţa acestei hormone gonadotrope în urina femeilor gravide.

Ei au pus în evidenţă două hormone: Prolanul A. (al maturaţiunei foliculare), şi Prolanul B. (de luteinizare). Ambii aceşti hormoni sunt solubili în apă, iar alcoolul îi precipită cu uşurinţă. Sunt puţin rezistenţi la căldură: la 40 gr. sunt inactivaţi.

Testul Prolanului A este şoarecele alb femel de 6—8 grame. Odată extras Prolanul din urină prin diverse technice, asupra cărora nu insistăm, se face o soluţie apoasă, care se injectează în mai multe rânduri la testul de mai sus. Rezultatele obţinute sunt tipice: ovarele se măresc şi foliculii devin maturi. Uterul se măreşte şi se umple cu produse de secreţiune, iar mucoasa vaginală se transformă. In secreţiunile vaginale, găsim celulele cornee caracteristice oestrului. Această ultimă manifestare trebueşte considerată ca secundară, fiind o consecinţă a maturităţii ovariene.

Ca U. S. trebueşte considerată cea mai mică cantitate, care divizată în 6 injecţiuni, produce după 100 ore, fenomenele descrise mai sus.

Testul pentru Prolanul B este deasemenea şoarecele alb femel de aceiaşi greutate. Se desemnează ca o unitate de hormon de luteinizare, cea mai mică cantitate care divizată şi injectată în 6 injecţiuni, produce după 100 ore, transformarea unui singur folicul într'un corp galben.

In mod normal, în perioada de activitate genitală, eliminările de hormoni hypofizari anteriori sunt foarte mici; abea câteva U. S.: Ascheim, Zondek, Hinglais, etc. Fiziologic însă, la pubertate şi mai ales la menopauză, aceste eliminări suferă importante modificări despre care vorbim mai departe.

c) Având în vedere relaţiunile atât de strânse cari există între hypofiză şi ovar, titrarea hormonală trebue să fie neapărat efectuată asupra tuturor acestor hormoni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Insuficienţa ovariană, de exemplu, produce imediat o hypersecreţiune a lobului anterior al hypofizei responsabilă pentru noi de o serie de turburări neuro-vegetative. Pe un grup de 300 de cazuri de insuficienţă ovariană, Al. Crainicianu[13]) a observat următoarelle eliminări hormonale:

1) Eliminarea de foliculină:

0— 10	U. S.	108 cazuri
10— 20	„	127 „
20— 40	„	36 „
40— 60	„	19 „
60— 80	„	6 „
80	„	1 „
100	„	1 „
120	„	1 „
150	„	1
		300 cazuri

După cum se vede în acest tablou, într'o treime din cazuri, insuficienţa ovariană s'a manifestat printr'o coborîre a hormonului folicular între 0—20.

13) *Al. Crăinicianu.* Contributions à l'étude de la séméiologie et de la pathogénie des troubles psycho-nerveux de l'insuffisance ovarienne Archives de neurologie de Buc. I-ière année No. 1.

2) Eliminarea hormonului gonadotrop:

0— 10	U. S.	91 cazuri
10— 20	„	73 „
20— 40	„	61 „
40— 60	„	36 „
60— 80	„	22 „
80	„	15 „
100	„	2 „
		300 cazuri

Acest tablou arată că în două treimi din cazuri cifrele eliminărilor acestui hormon întrec datele normale, putând atinge uneori proporţiuni foarte ridicate.

Interpretarea acestor fenomene în raport cu simptomele insuficienţelor ovariene, prezintă un deosebit interes, însă studiul lor ar eşi din cadrul acestei lucrări.

2) **Indicaţiunile titrărilor hormonilor sexuali.**

Această titrare este indispensabilă astăzi, pentru a orienta în mod exact un tratament care, aplicat fără nici o indicaţiune, poate avea efecte cu totul contrare decât cele urmărite. Dozarea este indicată în:

— Turburările funcţionale ale aparatului genital.

— Tumori genitale.

— Sarcină.

a) **Turburările funcţionale** se pot manifesta în cele trei perioade ale vieţei femeii: pubertate, viaţă de activitate genitală, menopauză.

Pubertatea prin turburările hormonale, poate determina amenoree şi menoragii.

Perioada de activitate genitală. Amenoreea poate fi datorită insuficienţei de hormoni: oligo-hormonală sau dimpotrivă, prin exces de hormoni: polyhormonală. Therapeutica va fi deci îndreptată după aceste 2 eventualităţi. Hemoragiile funcţionale sunt de cele mai multe ori de origină polyhormonală, (peste 200 U. S. la 1 litru de urină) şi recunosc ca therapeutică acţiunea inhibitorie prin hormoni de luteinizare sau prin acţiunea directă de corp galben (Al. Crăinicianu[14]).

La menopauză. Zondek pe baza cercetărilor sale descrise 3 stadii:

— Stadiul polyhormonal (mai mult de 200 U. S. de hormon ovarian la litru). Se manifestă frecvent în clinică prin hemoragii.

— Stadiul oligohormonal, urmează precedentului şi e caracterizat prin diminuarea sau absenţa hormonului ovarian.

— Stadiul hyperfuncţiune hypofizar e caracterizat prin absenţa hormonului ovarian, însă cu creşterea hormonului hypofizar de maturaţie (110—500 U. S.).

b) **Tumori.** Relaţiunile între tumori şi eleminările hormonale au determinat multiple cercetări de ordin experimental. Lepére, Turpin şi Zisine au arătat că tumorile grefate la animalele castrate regresau în mod vizibil.

14) *Al. Crăinicianu.* Recherches cliniques sur l'inhibition du cycle sexuel de la femme par certainés hormones. Effets thérapeutiques. Bull. de l'academie de Médecine 1. année Tome 1, No. 2.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library

A. Babeş a obţinut la animalele la care a produs un cancer experimental, o hypertrofie considerabilă a ovarelor.

Engel a observat în sângele animalelor grefate cu cancer, cantităţi mari de foliculină.

Laqueur a constatat în sângele bolnavelor atinse de cancer, o mare cantitate de foliculină. (4000—10.000 U. S.).

Un mare număr de alţi autori (Zondek şi Ascheim, Leonard şi Smith, Cornil şi Escarrase), au produs reacţiunea de maturaţie la şoarece, prin urina canceroşilor. In aceiaşi ordine de idei, C. Daniel şi A. Babeş[15]) au studiat starea foliculilor ovarieni şi a corpilor galbeni în ovarele femeilor hysterectomizate pentru cancer uterin.

S'a observat, în majoritatea cazurilor, în 75%, o mărire a numărului foliculilor şi o lutheinizare foliculară.

C. Daniel şi Al. Crăinicianu[16]) au efectuat un studiu asupra originei eliminărilor hormonale în cancerul genital al femeii. In acest scop, s'au făcut următoarele cercetări: s'a transplantat la şoarecele impuber fragmente de cancer uterin, s'a injectat la altă grupă de animale emulsiuni de tumoare, etc. In aproape 50% s'a obţinut o reacţiune pozitivă de maturaţiune (reacţia Prolanului).

Din aceste cercetări pare să rezulte că celula neoplasică ar produce substanţe având proprietatea de a determina la animalul impuber maturaţia.

In chlorionepiteliom şi molă hydatiformă se produc eliminări considerabile de hormoni sexuali: sute de mii de unităţi. Pe această proprietate se bazează diagnosticul hormonal al acestor tumori, care prezintă astăzi o remarcabilă preciziune.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In această direcţiune, lucrările Brindeau, E. Vayssiere et V. Donnet[17]), Crăinicianu[18]), Hinglais, etc., au contribuit a fixa noţiunile actuale.

c) In perioada de gestaţiune a femeii, eliminările hormonale capătă cu totul alt aspect. In adevăr, în această perioadă eliminările de hormoni prin urină se produc în proporţiuni considerabile.

Reacţiunea biologică de sarcină se bazează tocmai pe eliminarea considerabilă de hormoni hypofizari în urină.

Injecţiunea de urină provenind dela o femee gravidă la un animal impuber (epure, şoarece, etc.), creiază o serie de modificări la nivelul aparatului genital, în felul următor:

1) Maturaţia ovulului (ovulaţie, oul în trompă) după 24—48 ore. In acelaş timp uterul se măreşte, vaginul se îngroaşe.

2) Puncte hemoragice, vizibile cu ochii liberi, apar în ovar şi sunt datorite acumulării de sânge în foliculii deveniţi maturi (72 ore).

3) Lutheinizarea foliculului cu apariţia de corp galben.

---

15) *C. Daniel et A. Babeş.* Les ovaires dans le cancer du col uterin. Publicată în «Libro de oro» omagiu Prof. D-r Angel H. Roffo. Buenos Aires 1935.

16) *C. Daniel et Al. Crăiniceanu.* Recherches expérimentales sur l'origine des éliminations hormonales dans le cancer génital de la femme. VI Congrès francais de gynécologie Toulouse, 1937.

17) *Vayssiere et V. Donnet.* De la détection biologique des hormones gravidiques. Marseille Médicale No. 5, 1936.

18) *Al. Crăiniciunu.* Contribution à l'étude du titrage hormonal dans la grossesse pathologique. Bull. et mem. de la sec. d'endocrinologie No. 9, 10/1937.

Reacţiunea II şi III este caracteristică sarcinii. Prezenţa punctelor hemoragice sau a corpului galben în ovarele animalelor impubere, la care s'a injectat urina gravidă, reprezintă fundamentul metodelor de diagnostic hormonal al sarcinei.

Pe aceste constatări se bazează azi reacţiunile Ascheim Zondek (şoarece impuber), Brouha, Hinglais, Simonnet (pe şoarece mascul), A. Friedmann, A. Brouha (epuroaica impuberă), etc.

Rezultatele diagnosticului biologic al sarcinei prezintă cel mai ridicat procent de exactitate dintre toate reacţiunile biologice cunoscute până astăzi, atunci când este efectuată în bune condiţiuni. Din acest punct de vedere, autorii cari s'au ocupat de această chestiune dau un procent de 98—99—100%.

Al. Crăiniceanu[19]), în ţara noastră, a obţinut o proporţiune de exactitate pe 500 de cazuri de circa 99%.

Indicaţiunile diagnosticului biologic al sarcinei:

Indicaţiunile sunt multiple, privind sarcina normală şi patologică, (Hinglais).

Acestea sunt:

1) **Diagnosticul precoce al sarcinei:** In mod practic acesta se face cu începere dela a 8-a zi după încetarea regulelor (câteodată chiar înainte de încetarea de regulă). El este indicat pentru aplicarea tratamentului respectiv în cazuri de: a) tuberculoză, cardiopathii, diverse, sifilis; b) în tendinţele la avort repetat; c) în circumstanţe de ordin medico-legal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2) **Diagnostic de urgenţă.** In sarcina extra-uterină, în evoluţie sau întreruptă recent. Dela a 6—8-a zi dela avortul tubar sau ruptură, reacţiune devine negativă. Ea se poate menţine totuşi pozitivă numai în cazul în cari vilozităţile choriale se menţin în legătură cu circulaţiunea arterială a mamei (B. Zondek).

3) **Diagnostice diferenţiale dificile ale sarcinei.**

Fibromul oferă uneori dificultăţi de neînvins. Deasemenea fibromul coexistând cu sarcina.

Chistul ovarian.

Chistul dermoid.

Pyo-salpinxul.

Amenoree suspecte.

Menopauze precoce.

4) In caz de ou mort şi reţinut, eliminările hormonale diminuă în urină în mod treptat. Brindeau, Hinglais, au prezentat o scară a acestor eliminări, în raport cu diversele stări patologice ale oului.

Pentru motive de ordin technic, ei au utilizat unitatea epure. Astfel, eliminările de hormon gonadotrop de 150—750 U. E. arată o zonă de ou mort; între 1000—1500 U. E. de sarcină normală în evoluţie; 10.000—45.000 U. E., etc. Prin această metodă Al. Crăinicianu[20]) a putut stabili în ţara noastră pe mai multe cazuri realitatea acestor fapte.

19) *Al. Crăinicianu.* Diagnosticul biologic al sarcinei România Medicală No. 22/1936
20) *Al. Crăinicianu.* Loco cit.

PROBELE FUNCŢIONALE IN EXPLORAREA PLEURO-PULMONARĂ

de

Prof. D-r DUMITRESCU-MANTE

Exploraţiunea funcţională a aparatului pleuro-pulmonar constituia altă dată apanagiul pur al fiziologiei. Astăzi însă când mijloacele de exploraţiune s'au multiplicat şi perfecţionat, când clinicianul nu numai că nu ignorează fiziologia dar o transformă într'o bună şi utilă colaboratoare, când deci clinicianul devine „experimentator", iar clinica o „clinică experimentală" astăzi zic — exploraţiunea funcţională a organelor aparţine poate chiar mai mult clinicei decât fiziologiei normale, fiziologia patologică devenind o anexă indispensabilă studiului clinic.

Biblioteca Universitatea "Ion Creanga" Iasi

In acest spirit doctrinar şi cu această nouă concepţie, vom căuta să rezumăm probele funcţionale cari privesc aparatul pleuro-pulmonar, insistând mai mult asupra metodei decât asupra technicei şi semnalând mai ales probele cu interes de ordin clinic decât cele cu interes de ordin pur fiziologic.

Intr'o conferinţă ţinută la 3 Noemvrie 1931 în Amfiteatrul spitalului Colţea, asupra fenomenelor mecanice ale respiraţiei pulmonare, am atins în treacăt unele din aceste probe. Ajutat de datele recente obţinute pe terenul fizio-patologiei pulmonare, voiu relua aceste probe dându-le desvoltarea cuvenită şi permisă într'un astfel de articol.

Rolul aparatului pleuro-pulmonar îl putem subdivide în 4 funcţiuni: funcţiunea respiratorie, care este cea mai importantă; funcţiunea internă; funcţiunea eliminatorie şi funcţiunea absorbantă.

Atât în fiziologie cât şi în patologie există probe cari ne informează de existenţa şi calitatea acestor funcţiuni, probe cari sunt astfel ridicate la rangul de probe de exploraţiune funcţională pleuro-pulmonară.

I. PROBELE CARI PRIVESC FUNCŢIUNEA RESPIRAŢIUNEI.

Ştim că respiraţiunea pleuro-pulmonară comportă două grupe de fenomene: unele mecanice, altele fizico-chimice, ambele aceste fenomene respiratorii fiind sub dependinţa unui complex nervos: inervaţia respiratorie.

A. Fenomenele mecanice.

Aceste fenomene constă dintr'un ansamblu de mişcări ale cutii toracice, ale plămânilor, ale pleurei şi a părţilor anexe determinând cele

două mişcări periodice de expansiune şi retracţiune ale actului respirator: inspiraţia şi expiraţia. Inregistrăm deci, din acest punct de vedere, două feluri de mişcări: mişcări toraco-pleuro-pulmonare în respiraţia normală sau forţată şi mişcările părţilor anexe.

Mişcările toraco-pulmonare în respiraţia normală se fac graţie unui anumit grup de muşchi, numiţi respiratorii, acţiunea lor luând numele de forţe respiratorii.

In inspiraţie toracele îşi dilată simultan cele trei diametre: antero-posterior, transversal şi mai ales vertical, graţie muschilor inspiratori (*supra-costalii, scalenii, diafragmul, etc. la cari se adaugă acţiunea* muşchilor sterno-cleido-mastoidieni, marele dinţat, marele pectoral, micul pectoral şi marele dorsal când e vorba de inspiraţie forţată).

In expiraţie cele trei dimensiuni ale toracelui, mărite prin inspiraţie, îşi revin la starea lor anterioară graţie nu atât acţiunei unor muşchi expiratori cât mai ales fenomenelor de distensiune şi de elasticitate la cari au fost supuşi pereţii toraco-pulmonari în timpul inspiraţiei. Odată forţa de *inspiraţie* încetată, *aceşti pereţi în distensiune* forţată se retractă, graţie elasticităţii lor şi actul respirator este astfel executat.

Mijloacele de studii şi înregistrare ale acestor fenomene mecanice cari constituesc actul respirator sânt numeroase, unele simple altele complexe şi constituesc probele *funcţionale ale acestui act mecanic.* Vom înşira pe cele principale.

a) **Inspecţiunea** este un mijloc clasic, simplu şi important în ceeace priveşte cercetarea „cinematicei respiratorie". Punând pe bolnav să respire mai adânc ne vom da repede seama dacă amplificţiunea şi ritmul respirator este normal. Combinând inspecţia cu palpaţia şi anume: stând în spatele bolnavului şi aplicând fiecare palmă pe câte un umăr al bolnavului astfel ca degetul cel mare să fie *paralel cu gâtul, iar* celelalte să cadă pe claviculă, atingând zona subclaviculară respectivă, comandând apoi bolnavului să respire regulat, vom constata prin inspecţiune şi prin palpaţie (forţa de expansiune toracică simţită de degetele cari palpează zona subclaviculară) dacă comparativ ampliaţiunile fiecărui *hemitorace* sânt egale şi normale (semnul lui Ruault).

b) **Proba maximului de apnee voluntară**, întrebuinţată de Sabrazès, apoi de M. Flack şi în urmă de G. Guillain, constă în a aprecia timpul cât un individ poate rămâne în apnee după o inspiraţie forţată, care, conform legei lui Breuer şi Hering, reclamă în mod normal o expiraţie imediată.

Pe indivizi normali timpul de apnee voluntară a fost *evaluat la o* medie de 45 secunde. Când aceştia reiau respiraţiunea, atunci ritmul este pentru un moment mai mărit şi ampliaţiunile mult mai exagerate, urmează apoi o fază de respiraţie încetinită şi *superficială*, pentru ca apoi să se normalizeze.

Pe indivizi anormali maximul de apnee voluntară poate fi mult scurtat sau uneori prelungit. Astfel la mixoedematoşi, unde arderile sânt încetinite apneea voluntară este mai prelungită, şi, invers, la basedovieni *mult scurtată*. Deasemenea în afecţiunile pulmonare (emfizem, bronşită cronică, tuberculoză pulmonară, etc.) şi cele cardiace (asis-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

tolici) apneea voluntară este mult scurtată: J. Castaigne şi H. Paillard au semnalat chiar 5 secunde la unii cardiaci în mare asistolie.

Indivizii, în aparenţă sănătoşi, având un maximum de apnee voluntară scurt, sunt indivizi cu un viciu în sistemul lor cardio-pleuro-pulmonar, ceeace a îndrituit pe Guillain, în urma unui studiu făcut la Centrul Medical de aviaţie din Longevic, să afirme că un individ incapabil de a-şi reţine respiraţia mai mult de 10—20 secunde, nu poate deveni un bun aviator.

c) Proba lui Gallois se apropie de proba de mai sus şi constă în a număra, cu vocea pe jumătate, dintr'o singură expiraţie, repede: unul, doi, trei, etc. Tinerii sănătoşi pot astfel număra până la 110-120, bătrânii şi cei cu afecţiuni cardio-pulmonare, mai puţin.

d) Pneumografia, adică inscripţia grafică a mişcărilor respiratorii constitue un alt mijloc important pentru explorarea ritmului respirator. Această metodă ne dă posibilitatea să apreciem forma, durata şi raportul celor două componente respiratorii: inspiraţia şi expiraţia.

Aparatele întrebuinţate în acest scop sunt numeroase, dar cele mai utilizate în clinică sunt cele făcute după vechiul pneumograf a lui Marey, Paul Bert, Laulanié, Langlois, Weiss, au imaginat deasemenea pneumografe cu ajutorul cărora putem înscrie, graţie unui tambour înregistrator, curba respiraţiei.

D-ra M. Pompilian are un pneumograf cu ajutorul căruia traseul inspiraţiei în loc să fie descendent ca la celelalte pneumografe, este ascendent, iar cel al aspiraţiei descendent.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

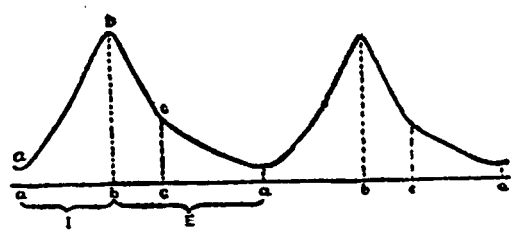


Fig. 1. Pneumograma.
ab = inspiraţia; ba = expiraţia; bc = porţiunea din expiraţie; în care se percepe murmurul vesicular.

Grafica obţinută cu aceste aparate ne arată după cum se poate vedea în fig 1 că inspiraţia (a, b), este mai scurtă decât expiraţia (b, a,) iar raportul ar fi după Vierord de 10/16. Dacă însă la ascultaţie expiraţia pare mai scurtă decât inspiraţia, aceasta este datorită faptului că expiraţia nu dă naştere la murmurul vezicular decât în prima sa parte (b, c).

Pneumografia ne evidenţiază anomaliile celor doi timpi ai respiraţiei, cari se pot ivi în cursul diferitelor turburări morbide. Astfel putem descoperi uneori forme fruste de respiraţie Cheyne-Stokes, cari prin simpla inspecţie ar putea trece neobservate.

In meningite traseul pneumografic arată o neregularitate în ritmul

şi forma componentelor respiratorii constituind ceiace s'a denumit respiraţia aritmică a lui Biot.

Ritmul Cheyne-Stokes îl putem exagera sau chiar provoca la cardiaci prin injecţii de morfină (Traube). La animale s'a putut provoca acest ritm prin injecţii de morfină, cloral, muscarină, digitalină.

Morfina, deprimând centrul respirator acumulează CO^2 în sânge şi dă naştere la o acidoză gazoasă cu diminuare şi modificări în ventilaţie pulmonară, şi deci în diagrama respiratorie.

Alte medicamente sunt excitante ale centrului respirator şi pot imprima modificări în acest sens pneumogramei. Lobelina, camforul, hexetonul, coramina şi mai ales cafeina sunt agenţi farmacologici excitanţi ai centrului respirator.

In pneumonie şi broncho-pneumonie ritmul este inversat, iar expiraţia este uneori făcută în doi timpi: „expiraţie în scară".

Studiul sughiţului, în cursul encefalitelor, a arătat că aci există un dublu spasm: unul iniţial expirator, ignorat clinicеşte dar înregistrat din punct de vedere grafic, urmat de unul inspirator însoţind spasmul glotic.

Stetograful bilateral a lui Gilbert-Roger, serveşte pentru inscripţia separată a celor două hemitorace.

e) **Spirometria şi capacitatea vitală.** O altă metodă de explorare funcţională a mecanicei respiratorii este spirometria, cu ajutorul căreia determinăm capacitatea vitală: c. v.

Pentru determinarea acestei capacităţi vitale trebuie să cunoaştem şi să determinăm următoarele elemente:

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Aerul curent = aerul inspirat sau expirat în respiraţia normală şi care este egal cu 0,500 litri.

Aerul complimentar = aerul inspirat în plus peste inspiraţia normală printr'o inspiraţie forţată şi care este egal cu 1 litru 500.

Aerul de rezervă = aerul cel putem expira în plus peste expiraţia normală printr'o expiraţie forţată şi care este egal cu 1,500 litru.

Aerul rezidual = aerul ce rămâne în plămâni şi pe care nu-l putem expulza nici chiar printr'o expiraţie forţată. Acesta este egal cu 1—1,500 litri.

Revenind la **capacitatea vitală**, ea este egală cu suma: aerului curent + aerul complimentar + aerul de rezervă şi se cifrează normal la 3,500.

Aceste componente se determină cu ajutorul spirometrului (spirometrul lui Hutchinson, spirometrul lui Verdin, etc.).

Variaţiile acestei c. v. sânt destul de mari şi depind de talie, perimetru toracic, greutate, suprafaţa corpului, vârsta, rasa şi stările morbide.

Impreună cu D-l Docent D-r Hagiescu, într'o lucrare publicată în revista Ştiinţelor Medicale No. 3, din Martie 1932, pag. 241—251, am arătat rezultatele noastre referitoare la cercetarea c. v. la 300 de români, tineri de 21—23 ani, de sex masculin, sănătoşi, fără nici o malformaţiune toracică şi fără nici o afecţiune cardio-pulmonară clinic aparentă.

Din tabloul aci alăturat se constată că c. v. este în raport

TABELA 1

Nr. indivizilor cu aceeaşi talie	Talie medie în cm.	Perimetrul toracic mediu în cm.	c. v. spirometrică
1	147	87	2340
1	148	81,5	2555
1	152	85,5	3025
1	153	81	2520
5	156	83	2813
4	159	82	2735
4	161	88	3070
7	162	86	2930
5	164	86,6	3093
6	165	88	2900
4	166	90	3011
4	167	90	3077
30	168	91	3217
22	169	91,5	3276
10	170	90	3100
17	171	90	3311
19	172	90	3271
13	173	90	3142
15	174	90	3280
12	175	91	3371
13	176	91	3280
20	177	91	3280
14	178	92	3303
16	179	91,5	3200
10	180	90,5	3540
6	181	91	3500
7	182	93	3556
2	186	95,5	3800

BCU Cluj / Central University Library Cluj

cu talia şi perimetrul toracic şi că majoritatea cifrelor au fost găsite peste 3200 litri cu un maxim la 3800 litri.

Intr'o altă lucrare făcută tot în colaborare cu D-r Hagiescu şi publicată în Revista Ştiinţelor Medicale No. 2, Februarie 1933, am studiat c. v. în 38 cazuri de pleurezii sero-fibrinoase.

Concluziunile la care am ajuns se pot rezuma astfel:

1. In pleureziile serofibrinoase unilaterale pure, există un raport strâns între c. v. spirometrică, mult scăzută sub cifra normală şi cantitatea de lichid.

2. Variaţiuni în plus sau minus ale lichidului produc modificări inverse ale c. v.

3. Coexistenţa de leziuni parenchimatoase fac ca influenţa masei de lichid asupra c. v. să fie în disproporţie cu masa lichidului.

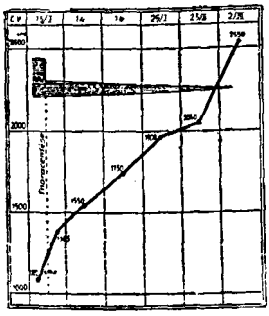


Fig. 2.
Pe măsură ce lichidul scade pe aceiaşi măsură curba C. V. se ridică.

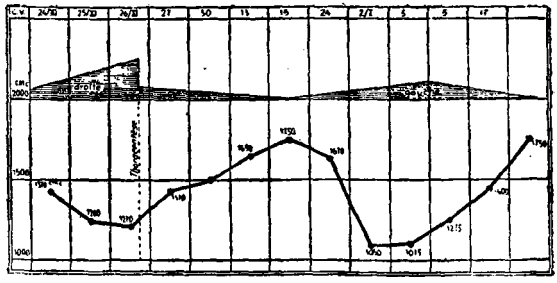


Fig. 3.
Bilateralizarea pleurezii deprimă din nou curba C. V. care începuse să crească.

4. Pleurezia de bilateralizare scade c. v. chiar când pleurezia iniţială era staţionară sau în scădere.

5. După toracenteză c. v. creşte în genere, deşi uneori putem observa în primele ore chiar o scădere în cifra acestei capacităţi.

6. C. v. e foarte mult influenţată de durerea toracică oricare ar fi origina acestei dureri.

7. In convalescenţă c. v. creşte şi se apropie de cifra normală fără însă a atinge această valoare decât în mod excepţional. Astfel în cele 38 cazuri studiate de noi (v. tabela 2) numai în 2 cazuri (No. 5

TABELA 2

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Obs. No.	C. V. spirometrică	Obs. No.	C. V. spirometrică
1	1750 cmc	20	1667 cmc
2	2980	21	1990
3	2650	22	1990
4	2755	23	1300
5	3475	24	1560
6	2260	25	1900
7	3225	26	2050
8	1570	27	2500
9	2300	28	2380
10	2550	29	2750
11	2570	30	2050
12	2625	31	2203
13	1955	32	2230
14	1850	33	1960
15	1450	34	1680
16	1435	35	2060
17	1800	36	1930
18	1500	37	1413
19	1450	38	1880

şi 7) a atins sau chiar a depăşit cifra normală (3375 şi 3225 c. c.), pe când în toate celelalte 36 cazuri valoarea cea mai ridicată a acestei c. v. a fost mult sub media normală cu o minimă la 1300 cc. (No. 23) şi o medie de 2100 cc.

Recuperarea acestei c. v. se obţine mai rapid la bolnavii supuşi frecvent acestei gimnastici respiratorii spirometrice.

Intr'un caz (obs. No. 27) bolnavul continuând să facă tot timpul o gimnastică respiratorie raţională a reuşit să-şi aducă c. v. la cifra normală ce ar fi trebuit s'o aibe conform calculelor indicate de noi, într'un articol precedent.

Se evidenţiază astfel folosul practic a unei bune şi îngrijite gimnastici respiratorii ce trebueşte introdusă în terapeutica de convalescenţă a unei pleurezii.

Determinând volumul aerului în inspiraţie şi acelui viciat în expiraţie care urmează, Grehant a putut determina un coeficient zis de ventilaţie, care este egal cu 0,14 şi care arată că masa de aer viciat din plămân se amestecă la fiecare inspiraţie cu 1/14 din volumul său, cu aer pur.

Tot la acest capitol al maselor de aer care circulă în plămân trebue să semnalăm şi următoarele date cari au importanţa lor în actul hematozei: Ritmul normal al respiraţiei fiind 16 pe minut, şi deci de 20.000 respiraţii în 24 ore, iar cantitatea de aer introdusă în fiecare inspiraţie (aerul curent) fiind de circa ½ litru, înseamnă că noi respirăm în total 10.000 litri de aer pe zi. Pe de altă parte suprafaţa de hematoză capilară din alveole fiind de 75 m. p. cu un conţinut de sânge capilar de ½ litru, s'a calculat, ţinând cont de viteza sanguină pulmonară, că în 24 de ore, trec prin reţeau capitală alveolară 10.000 litri de sânge. Aşa dar pe fiecare zi se găsesc faţă în faţă la nivelul câmpului respirator alveolar 10.000 litri de aer cu 10.000 litri de sânge. Importanţa acestui fapt pentru actul hematozei nu poate scăpa nimănui.

In raport cu acest din urmă fapt trebuie să amintim şi să plasăm printre probele funcţionale şi:

f) Ventilaţia pulmonară, adică calcularea cantităţii de aer care trece prin aparatul respirator într'un timp dat. Această ventilaţie a fost studiată de Achard cu ajutorul unei măşti şi a spirometrului, luând ca unitate de timp: 10—15 minute.

Achard şi Lange au constatat că spre sfârşitul sarcinei apare o exagerare a ventilaţiei pulmonare care diminua după naştere.

Hiperventilaţia pulmonară a fost deasemenea constatată în timpul mersului fie la un om normal fie în cazurile unde cordul sau plămânul sunt atinşi.

Sângerarea deasemenea măreşte ventilaţia pulmonară.

Ventilaţia pulmonară, din punct de vedere experimental s'a demonstrat a fi în strânsă legătură cu excitaţiile aduse sinusului carotidian (ganglionul şi reţeau nervoasă cari se găsesc la nivelul birfucaţiei carotidiene).

Reflexul respirator carotidian, este complex: există un reflex depresor carotidian semnalat de Pagano şi apoi de Hering, reluat şi studiat cu toată amploarea de Danielopolu şi colabora-

torii săi: există un reflex gastric şi un reflex vezical carotidian studiate tot de şcoala Danielopolu, există în fine şi un reflex respirator carotidian. Dacă se provoacă o hipotensiune intrasinusiană prin ocluzia carotidelor, aceasta provoacă o mărire a ventilaţiei pulmonare care diminuă de îndată ce ocluziunea este înlăturată.

g) **Pneumatometria** se practică după metoda lui Donders punând în comunicare trachea sau una din narine (astupând pe cealaltă) cu un manometru de mercur şi comandând bolnavului să respire normal sau forţat.

In respiraţia normală diferenţa de presiune între inspiraţie şi expiraţie este de circa 1 mm., pe când în inspiraţia forţată putem avea o depresiune până la 75 mm., iar în expiraţia forţată o presiune pozitivă până la + 100 mm. de mercur.

h) **Debitul respirator maxim** reprezintă debitul maxim de aer, respirat pe secundă şi care se măsoară cu ajutorul măştei manometrice a lui Pech. Acest debit, egal în inspiraţia şi expiraţia profundă, a fost evaluat ulterior de Pech la 3 litri (Sergent. Syndr. Resp. p. 23).

i) **Indicele respirator a lui Hirtz** constă în a măsura diferenţa între perimetrul toracic din inspiraţia şi expiraţia maximă. Acest indice în stare normală cifrat la 7 cm. în medie, este mult diminuat la bătrâni şi în emfizem.

j) **Cirtometria** se face cu ajutorul cirtometrului lui Voilez (panglică metalică articulată) şi ne dă posibilitatea să apreciem forma exactă a conturului cavităţei toracice (mulajul secţiunei orizontale a toracelui).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

k) **Radioscopia şi bronchoscopia** fac parte de asemenea din explorăţiunile aparatului broncho-pulmonar. In adevăr cu ajutorul acestor metode s'a putut dovedi existenţa unei dilataţiuni a bronchiilor mari la finele fiecărei inspiraţii (Dixon şi Hamil). Mişcările de bronchodilataţie şi mai ales de broncho-constricţie există şi în anumite stări patologice dintre cari unele, cum este astmul, îşi au explicaţiunea fiziopatologică a sindromului spasmodic expirator chiar în existenţa acestui fenomen de broncho-constricţie activă.

B. FENOMENELE FIZICO-CHIMICE.

Aceste fenomene sunt la baza schimburilor gazoase cari se petrec la nivelul alveolelor între O^2 din aer şi CO^2 vehiculat de sângele venos.

Alveolele sunt căptuşite cu **celulele alveolare** (de origină ectodermică, după majoritatea autorilor deci celulă epitelială; de origină mezodermică, după Policard şi alţii — deci celulă endotelială) şi cu plăci anucleate: lamele subţiri, neregulate, fără nuclei, separând aerul din alveole de sângele capilar şi servind la schimbul dintre O^2 şi CO^2.

Aerul alveolar — la un om normal, în repaos, păstrează aproape în mod constant aceeaşi concentraţie în CO^2 (5,6%).

După Campbell, Douglas şi Hobson dacă un individ normal respiră un aer încărcat cu 4 la 5% de CO^2 ventilaţia pulmonară se dublează, iar dacă printr'o ventilaţie forţată pulmonară facem ca aerul alveolar să piardă 0,20% din CO^2 atunci apare apneea.

Explorațiunea funcțională a fenomenelor chimice respiratorii este mai dificilă și necesită precauțiuni și măsuri de ordin experimental mai mari decât explorațiunea mecanicei respiratorii.

a) **Coeficientul respirator** în O^2 și CO^2, nu este decât mărirea intensității schimburilor respective prin determinarea cantității de oxigen consumat și de CO^2 eliminat pe unitate de timp (o oră) și unitate de greutate (un kg.).

Cifrele normale ale acestui coeficient pentru un adult mijlociu de 65 kg., măsurate dimineața, pe nemâncate, în repaus complect în pat și la o temperatură de 16° C, sunt socotite la circa de **0,21 litri—0,22 pentru coeficientul respirator în oxigen și 0,17 litri—0,18 pentru coeficientul respirator în CO^2.**

Aparatele de măsurat contitatea O^2 și CO^2 sunt numeroase: cităm pe cele mai recente și mai bune: aparatul lui Laulanié, a lui Haldan și aparatul lui Plantefol.

b) **Raportul Q. R.** (quotient respiratoire) dintre cantitatea de CO^2 eliminat și O^2 absorbit $\frac{(CO^2)}{O^2}$ variază cu alimentația și cu stările morbide.

La omul normal cu o rație alimentară normală, acest raport Q. R. este de circa 0,80: ceeace înseamnă că volumul oxigenului absorbit este mai mare decât volumul de CO^2 eliminat.

La o alimentație exclusiv cu hidrați de cărbune Q. R. = 1; la o alimentație exclusiv cu grăsimi Q. R. = 0,70 și la o alimentație exclusiv cu albuminoide Q. R. = 0,85.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Raportul Q. R. scade în diabet, în tuberculoza pulmonară agonică, etc.; îl găsim din contră crescut în pneumonie.

c) **Tensiunea bioxidului de carbon alveolar.** Bioxidul de carbon are o tensiune anumită în camera alveolară și după cercetările fiziologiștilor această tensiune este în legătură directă cu tensiunea acestui gaz în sânge.

Așa fiind, în ultimul timp autorii au căutat să măsoare această tensiune prin diferite metode. De mai multă vreme noi am studiat această tensiune cu ajutorul aparatului lui Fredericia care dă pentru stările normale cifre între 38 și 45 mm. de mercur.

Tensiunea alveolară a fost cercetată mai ales la diabetici cu acidoză, iar cifrele găsite de Rathery și Bordet au fost următoarele: în acidoza ușoară: 32—38 mm. de Hg., în acidoza mijlocie: 28,32 mm. de Hg., și în acidoza gravă sub 28.

Un elev al nostru, D-l D-r N. Coandă, a studiat această tensiune în nefritele pneumonice și în acidozele renale, stabilind (Teză, Buc. 1935), că în patru din cinci cazuri de nefrite pneumonice (80%) variațiunile tensiunei alveolare au rămas — chiar în perioada febrilă — în limitele normale. Concluziunea acestei prime constatări era deci că acidoza nefritei pneumonice de care ne-am ocupat în altă lucrare (La Nephrite azotémique silencieuse de la pneumonie. **Annales de Médecine** No. 5, Mai 1936), este în funcțiune mai mult de factorul renal, decât de pretinsul factor pulmonar.

A doua constatare semnalată în teza d-lui Coandă este că acidoza

renală în genere poate să fie însoţită de o scădere a tensiunei CO^2 alveolare; însă această scădere nu a atins niciodată cifrele joase, pe cari le-au găsit autorii în acidoză diabetică.

d) **Metabolismul bazal.** Prin metabolism bazal înţelegem producţiunea totală de căldură pe oră şi pe metru pătrat de suprafaţă corporală a individului care este în repaos complet şi nemâncat de cel puţin 10 ore.

Această căldură o putem calcula indirect, luând în consideraţiune schimburile respiratorii şi ţinând cont de cantitatea de oxigen absorbită precum şi de valoarea coeficientului Q. R. de care am vorbit.

Se admite că un adult normal produce 40 calorii pe oră şi pe metru pătrat de suprafaţă corporală. Metabolismul se măsoară cu aparate speciale despre cari am mai vorbit (Laulanié, Benedict, endiometru de precizie Plantefol, etc.).

Atunci când medicul nu are la îndemână aceste aparate, cifra aproximativă a metabolismului se poate calcula după anumite formule date de mulţi autori şi în cari se ţine cont de frecvenţa pulsului şi de tensiunea diferenţială.

Una din aceste formule este cea a lui Read-Barnett şi anume: coloriile pe m.^{2} de suprafaţă corporală şi pe oră = 0,0047 $\times$ frecv. pulsului $\times$ tensiun. dif. + 23.

D-rul Feldman în teza sa (Buc. 1938) *studiază pe 80 cazuri* această formulă şi conchide la utilizarea sa practică.

Metabolismul bazal variază cu vârsta, cu sexul şi mai ales cu stările morbide.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Metabolismul creşte în stările de hiper-tiroidie, mergând până la + 75% peste normal; creşte în afecţiunile febrile unde M. B. depăşeşte + 40% *pe timpul perioadei febrile; creşte în formele grave* de diabet; creşte la cardiacii decompensaţi dispneizanţi. Metabolismul b. scade în stările de hipotiroidie ajungând la mixoedematoşi până la — 40%. In turburările tiroidiene tratamentul iodat sau chirurgical face să diminue M. B., iar tratamentul tiroidian ridică metabolismul în stările hipotiroidiene.

II. FUNCŢIUNEA INTERNĂ A PLĂMÂNULUI.

Funcţiunea internă a plămânului este recunoscută astăzi, iar acţiunea acestui organ asupra grăsimelor, colesterolului, lecitinelor, glucidelor, clorurului de sodă, se demonstrează prin probe experimentale foarte interesante.

a) **Funcţiunea lipo-pexică,** a plămânului se demonstrează în mod evident pe cale experimentală. Unui câine, care avusese 5 ore înainte un prânz bogat în grăsimi, i se recoltează sânge din cordul drept şi carotidă şi se dozează grăsimile după metoda Kumagava. Intr'una din aceste experienţe s'a găsit 4,80 grăsimi în sângele din cordul drept şi 4,13 în sângele carotidian, ceeace dovedeşte că sângele traversând plămânul a abandonat la acest nivel 0,67 gr. de grăsimi.

Prof. Niţescu, cu colaboratorii săi a *demonstrat în vivo această* acţiune lipo-dieretică a plămânului care dispare odată cu ablaţia pancreasului.

Prof. Troteanu a arătat că acţiunea lipopexică este mult mai prelungită la un plămân tuberculos.

b) **Acţiunea colesterinolitică** a fost demonstrată de Abelous şi Soula cari au constatat o diminuare a colesterolului în sângele inimei stângi. Prof. Niţescu vorbeşte de această colesteroliză în diabetul experimental.

c) **Plămânul şi glucidele.** Din cercetările făcute de Lépine, Mauriac, Dumas, etc., se pare că plămânul pune în libertate glucoza din zahărul proteidic.

Achard studiază modificările schimburilor respiratorii la normal şi la bolnav, după ingestia a 20 gr. de glucoză. La un normal după 15—30 minute dela ingestia glucozei se produce o mărire a concentraţiei aerului expirat în CO^2 dovedind astfel arderea glucozei. La un diabetic, la un febril, concentraţia aerului alveolar în CO^2 rămâne constantă şi numai târziu concentraţia acestui gaz alveolar creşte uşor dovedind o combustie întârziată şi slabă a zahărului.

d) **Plămânul şi clorurul de sodiu.** In cursul pneumoniei Na Cl se acumulează în plămân (Redtenbacher, Beale, Dias, etc.), iar Scholz arată că plămânul reţine clorurul de sodiu pe tot timpul pneumoniei, fără concursul rinichilor şi îi utilizează pentru a ridica hipotonia vasculară şi spre a creia un mijloc de apărare locală contra pneumococului (experimental dacă punem sare în mediile cu pneumococ microbul moare). De aci recomandaţia acestui autor de a administra pneumonicilor, contrar celor uzitate în clinici, un regim hiperclorurat, exceptând cardiorenalii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intr'o lucrare cu D-l Ciorapciu (Revista Ştiinţelor Medicale No. 6, Iunie 1937, pagina 612), am cercetat concentraţia clorurului de sodiu în sputa pneumonicilor care a fost găsită, în majoritatea cazurilor, quasi egală cu concentraţia clorurului din sânge.

III. PUTEREA ELIMINATOARE a plămânului se demonstrează prin proba eterului sau a acetonei. Dacă se injectează 50 ctg. de ether, eliminarea pulmonară ajunge la maxim după 5—15 minute şi se termină după patru ore. Dacă se injectează sub piele acetonă în diluţie 1/5 o parte din această substanţă se elimină prin plămâni, eliminarea durând 18—20 ore (Cordier). Această eliminare este crescută în timpul pneumoniei.

De această putere eliminatoare a plămânului putem apropia permeabilitatea pleurei dimunuată la albastru de metilen în pleureziile bacilare.

IV. PUTEREA ABSORBANTĂ. Ichok a injectat la iepure, intra-tracheal 5 cm. din sol. 1% de albastru de methilen şi a constatat apariţia în urină a substanţei colorante după 15—25 minute. Această eliminare prin urină era mult întârziată la animalele purtătoare de pleurezie.

Cu aceasta am terminat descripţiunea diferitelor probe clinice, de laborator, sau experimentale cari pot pune în evidenţă funcţiunea normală sau viciată a aparatului pleuro-pulmonar. Spaţiul acordat pentru un asemenea articol fiind relativ restrâns, de multe ori am fost nevoit să scurtăm descripţiunea şi să rezumăm unele chestiuni, lăsând totuşi ansamblului o desvoltare suficientă să poată servi cetitorului.

Institutul Clinico-Medical A, Spitalul Filantropia, Bucureşti
Director: Prof. D. Danielopolu

DESPRE PUNCŢIA STERNALA ŞI IMPORTANŢA STUDIULUI MADUVEI OSOASE, RECOLTATA „IN VIVO"

de

N. GINGOLD

Medic-Hematolog al Institutului.

Ideea explorării „in vivo" a măduvei osoase nu este nouă. Cercetătorii au fost incitaţi întotdeauna să cunoască aspectul măduvei osoase, chiar în decursul diferitelor stări morbide, nu numai după moartea bolnavului. Constatările făcute „post mortem" pierd mult din valoare, fiindcă ele nu ne oferă decât imaginea unei stări terminale, dar şi aceasta mult modificată faţă de realitate, deoarece elementele măduvei osoase suferă alteraţiuni şi deplasări importante chiar în timpul agoniei şi cu atât mai mult la câteva ore după moarte. (Schilling, Dameshek).

Cercetători mai vechi, dintre cari menţionăm pe Wolff-Eisler (1903), apoi Pianese (1903) şi Ghedini (1908), primul pe animale, ultimii la copii, au făcut trepanaţiuni fie la nivelul epifizei femorale (Wolff, Pianese), fie în treimea superioară a tibiei (Ghedini), recoltând pentru prima dată măduvă osoasă „in vivo". Mai târziu, în 1923, Seyfarth trepanează sternul, obţinând fragmente suficient de mari de măduvă osoasă. Dar primii cercetători nu s'au interesat prea mult de aspectul măduvei propriu zise, ei au căutat prezenţa unor anumiţi paraziţi (kalaazar, malarie, etc.). Abia mai târziu, hematologii s'au gândit să utilizeze această metodă pentru studiul măduvei osoase „in vivo", din punct de vedere hematologic (Schilling şi şcoala lui). Singurul, dar marele neajuns al acestei metode a fost şi a rămas faptul că constitue o intervenţiune chirurgicală în toată regula, necesitând o instrumentaţiune specială, precauţiuni speciale şi mână de chirurg. Din această cauză, întrebuinţarea ei nu s'a putut generaliza.

In 1928, un cercetător rus Arinkin, a avut ingenioasa idee de a încerca să pătrundă cu un ac gros, rezistent, în cavitatea sternului; a reuşit şi astfel a luat naştere metoda de exploraţiune prin puncţie sternală care a fost apoi perfecţionată şi răspândită în practică de către Arjeff, Rohr şi alţii. Metoda s'a generalizat repede şi constitue astăzi un mijloc de investigaţiune clinică curentă a sistemului hematopoietic. Principiul metodei constă în a perfora tabla externă a sternului

Universitatea din Cluj • Biblioteca Universitară ROMANIA

cu ajutorul unui ac gros şi rezistent şi, odată pătruns în spongioasă, se adaptează o siringă şi se aspiră puternic. In siringă apare un lichid vâscos, sanghinolent, care conţine, — afară de sângele periferic din cavitatea sternului, — şi particule, de diferite mărimi, de măduvă. Prin această descoperire, clinica s'a îmbogăţit cu un mijloc de explorațiune de mare importanţă şi de o aplicaţiune relativ uşoară, puncţia sternală nefiind cu mult mai complicată decât o puncţie lombară sau pleurală. Cu ajutorul acestei metode avem posibilitatea de a face **biopsii**, chiar repetate, putând urmări modificările elementelor medulare în decursul diferitelor sindroame sanghine.

S'a adus obiecţiunea că massa lichidă extrasă prin puncţie sternală conţine în cea mai mare parte sânge periferic, ale cărui elemente îngreuiază interpretarea constatărilor făcute pe frotiurile de măduvă. Această obiecţiune este justă, mai ales că măduva sternală este foarte bogat vascularizată. Dar, pe de o parte, în mod normal, procentul mic de elemente nucleate din sângele periferic nu contează faţă de marele număr de elemente nucleate autohtone, iar pe de altă parte, avem posibilitatea de a remedia răul şi de a exclude în mare parte elementele sângelui periferic (fapt destul de important, când în sângele periferic avem leucocitoză mare cu deviere spre stânga a formulei sau prezenţa de elemente nucleate din seria roşie), utilizând o technică foarte simplă dată de Rohr: lichidul aspirat prin puncţie sternală este golit într'o sticlă de ceasornic; se absoarbe partea lichidă cu o hârtie de filtru; pe fundul sticlei rămân grunji cenuşii de diferite mărimi cari nu sunt altceva decât particule de măduvă. Din aceste particule se prepară frotiuri sau, dacă sunt suficient de mari, se fixează, se incluzionează în parafină şi se examinează ca adevărate piese de biopsie. (Trebue să observ că în materialul meu cuprinzând 53 de puncţii, am reuşit numai de două ori să obţin particule mai mari de măduvă). Frotiurile de măduvă osoasă se colorează ca şi acele de sânge, cu ajutorul metodei panoptice (May-Grünwald-Giemsa) şi, pentru un studiu mai complet fac şi o coloraţiune supravitală (cu soluţie alcoolică 1% de Brillant-Kresylblau) şi o coloraţiune pentru peroxidaze (după metoda Sato). Studiul secţiunilor din măduvă ne dă posibilitatea să observăm elementele celulare ale măduvei în aşezarea şi raporturile lor reciproce reale, totuşi, finețele structurale sunt mai aparente pe frotiuri.

Dela introducerea acestei metode a apărut o serie de modificări ale technicei, diferite instrumente de puncţie, mai mult sau mai puţin complicate; multe din ele nu fac decât să complice technica originală, foarte simplă şi foarte bună.

La sfârşitul anului 1936, am introdus această metodă în serviciul Maestrului meu, Prof. Dantelopolu şi de atunci am avut ocaziunea să fac peste 50 de puncţii sternale, fără cea mai mică complicaţiune sau dificultate pentru bolnav. Intr'un caz, — de panmieloftizie — unde aspectul măduvei „in vivo" ne-ar fi interesat foarte mult, am încercat în două rânduri şi n'am reuşit să perforez tabla externă a sternului. Dat fiind starea proastă a bolnavului, am renunţat la trepanare. Intr'un alt caz, puncţia repetată a fost „albă". Deci, două eşecuri la 53 de puncţii, adică un procent de mai puţin de 4%. N'am avut nici un accident (pătrunderea în mediastin, hemoragii, etc.); dealtfel n'am văzut citate cazuri de accidente grave nici în literatura străină. La primele puncţii m'am servit de un ac de siringă obişnuit, ceva mai gros, iar mai târziu de un ac special, construit

după indicațiunile lui Rohr (furnizat de casa A. Both, Zürich). Este un ac de oțel, foarte rezistent, cu un mandren solid și prevăzut cu un disc de oprire care se deplasează dealungul acului și care poate fi fixat la nivelul dorit cu ajutorul unui șurub (fig. 1). Singurul cusur al acestui instrument este faptul că, oricât de bine fixat, discul de oprire se deplasează la o presiune puternică.

Technica de puncție pe care o aplic este următoarea: bolnavul culcat, cu capul spre stânga mea. Desinfectez pielea regiunei sternale cu tinctură de iod (chiar dacă bolnavul are păr mult, nu este necesară nici o toaletă). Fac o anestezie subcutanată și periostică cu 1—2 cmc. dintr'o soluție de novocaină 1—2%; după câteva minute, când anestezia este perfectă, înfig vârful acului, vertical, în corpul sternului, puțin în afara liniei mediane, cam la nivelul celui de al doilea sau al treilea spațiu intercostal drept. Ajuns la tabla externă, împing cu forță, imprimând în acelaș timp acului mișcări de sfredel. Rezistența opusă de tabla externă este foarte variabilă: la unii bolnavi foarte mică, la alții, cum a fost în cazul citat mai sus, extrem de mare. La un moment dat, rezistența cedează brusc, semn că am pătruns în cavitatea medulară. Cu anestezia bine făcută, bolnavul nu simte nici cea mai mică durere. După ce am trecut de tabla externă, scoatem mandrenul și adaptăm o siringă, de preferință de o capacitate mai mare (10 sau 20 cmc.), pentru a putea aspira cu mai multă putere. În momentul aspirărei, bolnavul simte o durere în stern care dispare imediat ce am încetat aspirațiunea. În siringă apare un lichid mai mult sau mai puțin vâscos, de culoarea sângelui. Aspirăm cam 0,5—1 cmc. și procedăm după technica lui Rohr, descrisă mai sus. După ce am aspirat cantitatea necesară de conținut sternal, scoatem, cu o mișcare bruscă, acul din stern și aplicăm pe locul înțepăturei un mic tampon de vată imbibată cu colodiu.

Autorii germani au preconizat așa numita „spălătură sternală" (Henning și alții), adică introducerea în cavitatea sternului a unei mici cantități de ser fiziologic sau lichid anticoagulant care dislocă elementele și permite aspirarea lor cu mai multă ușurință. Cred că această manoperă este inutilă; m'am putut dispensa de ea în toate cazurile. Alții aspiră până la 10 cmc. din conținutul cavității sternale, ceeace iarăși cred că este exagerat, deși Arinkin pretinde să fi observat o activare a regenerărei sanghine în anemiile hipoplastice, după evacuarea unei cantități mai mari de conținut sternal.

Unii autori sunt de părere că anestezierea nu este necesară; am încercat în două cazuri să punctionez fără anestezie; chiar și atingerea periostului, cu atât mai mult perforarea, provoacă o durere la care este inutil să expunem — mai ales — bolnavii sensibili.

Puncția sternală nu are nici o contraindicație, afară de cazurile de hemofilie (Schulten). Chiar și în cazuri de diateză hemoragică, am putut-o exacuta fără nici un inconvenient.

Din studiul măduvei osoase recoltată prin puncția sternală „în vivo", a luat naștere o nouă noțiune, aceia de hemo-mielogramă (Rohr și alții), adică formula măduvei osoase. Dacă cercetăm numeroasele publicațiuni ale diferiților autori, în această chestiune, vedem că există deosebiri mari chiar în stabilirea hemo-mielogramei normale și cu atât mai mult în interpretarea acelora din stările patologice. Cauza acestor variațiuni de opinie este, în primul rând, inexistența unei nomenclaturi unitare în hematologie și, în al doilea rând deosebirile de vederi ale diferitelor „școli" și ce privește concepția asupra originei elementelor care circulă în sângele periferic. Haosul mai este datorit și faptului că autorii, atunci când interpretează diferitele elemente, originea lor, etc., nu precizează dacă se referă la observațiuni făcute la embrion, la copii, sau adulți, sau dacă concepția lor în privința hematogenezei este valabilă în stare normală sau numai în anumite stări patologice (Schulten). Deaceea, cred că până la clarificarea completă a acestei probleme, ne putem lipsi, cel puțin în practică, — în inter-

pretarea frotiurilor de măduvă osoasă, de stabilirea hemo-mielogramei care, deocamdată, este o noţiune atât de subiectivă, mulţumindu-ne doar cu constatarea modificărilor generale şi importante: scăderea sau înmulţirea unora sau altora dintre elementele normale sau patologice ale măduvei osoase.

Ca la orice metodă de cercetare clinică, interpretarea constatărilor făcute pe frotiurile medulare trebue să fie foarte prudentă şi, mai mult, cere o competinţă din partea aceluia care o face, adică cunoaşterea perfectă a elementelor normale şi patologice din sânge şi măduvă. In orice caz, trebue să se ştie că dacă în unele cazuri, studiul măduvei osoase ne poate fi de mare folos, permiţându-ne chiar stabilirea şi susţinerea unui diagnostic, în alte cazuri, interpretarea este mai dificilă şi trebue să fie, cel puţin, făcută cu rezerve.

In afară de importanţa sa diagnostică, puncţia sternală constitue un mijloc foarte important de investigaţiune ştiinţifică: ne permite constatarea modificărilor pe care le suferă măduva osoasă în cursul diferitelor stări fiziologice sau patologice ale organismului; ne permite studiul filiaţiunei majorităţii elementelor din sângele circulant; ne mai permite constatarea că nu numai după moarte, dar şi în viaţă, aspectul sângelui periferic nu oglindeşte totdeauna starea măduvei osoase; (de ex. agranulocitozele cu măduvă normală sau hiperplastică; hiperplazia sau metaplazia medulară în leucemiile aleucemice, etc.) şi tot puncţia sternală ne-a permis cunoaşterea **turburărilor în maturaţia elementelor** medulare, noţiune care până atunci era doar bănuită dar neconfirmată.

S'a mai adus de către unii obiecţiunea că din aspectul unei porţiuni de măduvă sternală, nu putem trage concluziuni valabile pentru întregul sistem hematopoietic medular, deoarece într'un organ atât de dispersat, cum este măduva osoasă, pot exista şi reacţiuni localizate. In baza multiplelor studii ce s'au făcut în ultimul timp pe frotiurile şi secţiunile de măduvă sternală, se poate afirma că în afecţiunile hematologice propriu zise şi mai ales 'în cele denumite „sistematizate", reacţiunile sunt generale şi constatările făcute pe porţiunea sternală a măduvei osoase sunt valabile pentru întreaga măduvă, ca organ. (Ştim că măduva osoasă, în totalitatea sa, reprezintă un organ ceva mai mare decât ficatul normal). Excepţional, în anumite tumori ale măduvei (clorom sau mielom, metastaze) s'ar putea întâmpla ca tocmai în măduva sternală să nu se găsească nici o reacţiune; de asemenea se poate întâmpla ca în stări însoţite de hipo- sau aplazie medulară să se găsească tocmai în măduva sternală zone de hiperplazie sau invers, aşa cum se întâmplă deseori în organele parenchimatoase unde în leziuni degenerative sau alături de zone de necroză se pot găsi şi zone de hiperplazie şi unde interpretarea justă nu poate fi dată decât după ce s'au studiat secţiuni din diferite porţiuni ale organului. Aceste excepţiuni constitue cazurile de interpretare mai dificilă, menţionate mai sus. Cu aceste câteva rezerve putem afirma totuşi că, în general **aspectul măduvei osoase ne dă imaginea a tot ce se petrece în organul hematopoietic medular** (insist asupra cuvântului medular deoarece întregul sistem hematopoietic cuprinde, — afară de măduva osoasă — şi splina, ganglionii limfatici, sistemul reticulo-endotelial, etc. Dealtfel cer-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

cetătorii sunt toţi de acord asupra faptului că măduva sternală reprezintă porţiunea cea mai activă a întregului organ mielopoietic şi această activitate se menţine până la bătrâneţe. Numai în ce priveşte eritropoieza, ea este de obicei mai desvoltată în porţiunile active ale oaselor lungi decât în măduva oaselor plate.

Pentru a putea interpreta un frotiu de măduvă trebue să ştim întâi, din ce elemente se compune, în mod normal, lichidul extras prin puncţie sternală.

Această problemă a fost foarte bine pusă la punct de către Rohr. In cele ce urmează, voi expune pe scurt aspectul măduvei normale, apoi voi trece la aspectul măduvei în diferite stări patologice, insistând în special asupra sindroamelor sanghine mai cunoscute şi ilustrând, pe cât posibil, capitolele cu microfotografii *).

Deosebim 4 categorii de elemente în măduva osoasă activă:

1. Ţesut grăsos.
2. Ţesut reticulo-endotelial.
3. Elementele sângelui periferic, difuzate în conţinutul medular în momentul puncţiei, şi
4. Elementele măduvei propriu zise.

1. In mod normal, ţesutul grăsos predomină mult faţă de măduva propriu zisă. Acest raport, vizibil mai ales în piesele istologice, se exagerează şi mai mult în procesele medulare hipo- sau aplastice sau, din contră se poate inversa în diferite sindroame cu măduvă hiperplastică (leucemii, anemie pernicioasă, etc.). In frotiu se observă uneori celule adipoase vacuolate, slab colorate.

2. In ce priveşte elementele **reticulului**, acestea, în mod normal, îndeplinesc un rol de susţinere şi poate, şi rolul de **macrofage**. Probabil, în stare normală, aceste elemente n'au altă menire, însă în anumite stări de alteraţiune gravă a sistemului hematopoietic, aceste elemente de origină mezenchimală îşi recapătă potenţa hematopoietică, devin elemente generatoare de celule circulante ale sângelui, în sensul **hemohistioblastului** sau **hemocitoblastului** lui Ferrata. In general, din punct de vedere morfologic, toate elementele dintr'un frotiu de măduvă osoasă care nu pot fi identificate ca făcând parte din seria eritrocitară respectiv megalocitară, granulocitară, trombocitară, monocitară sau limfocitară, sunt socotite ca fiind de origină reticulară. Elementele reticulului se deosibesc de celelalte celule prin protoplasma lor fără contur precis şi nucleul cu reţea foarte laxă. Rohr le clasifică în **macrofage**, elemente reticulare limfoide şi celule reticulare **plasmocitare**. Afară de elementele mai sus menţionate, se observă uneori celule provenite din **endoteliul** sinusurilor vasculare ale măduvei, caracterizate prin forma lor alungită, şi prin nucleul asemănător elementelor de reticul.

3 şi 4. Elementele din sângele periferic medular cât şi cele propriu zise ale măduvei osoase le vom descrie împreună deoarece — cu

*) Microfotografiile sunt originale, executate după frotiurile recoltate de mine. D-nii D-ri Ursu şi Derevici au binevoit să mi-ajute la executarea lor; ţin să le mulţumesc şi pe această cale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

excepţia monocitului — toate elementele cari circulă în sângele periferic se regăsesc în măduva osoasă, desigur într'o altă proporţie decât în sânge (fig. 2).

In ce priveşte **limfocitele** din măduva osoasă, unele din ele — probabil majoritatea — provin din sângele periferic, altele chiar din focare limfatice medulare. Din cercetările lui Askanazy, Aschoff ş. a. reese că măduva normală conţine şi aglomeraţiuni limfatice, mici foliculi limfatici. Originea lor pare a fi adventicea vaselor din măduvă. Aspectul protoplasmei, structura nucleului şi prezenţa de granulaţiuni azurofile permit identificarea acestor elemente şi în frotiul de măduvă. Totuşi, uneori diferenţierea de anumite elemente de reticul, de eritroblaşti sau de micromieloblaşti poate fi destul de dificilă.

Monocitele pot fi considerate ca inexistente în măduva osoasă normală. Această constatare constitue un argument foarte serios împotriva concepţiunei şcoalei lui Naegeli după care monocitul ar fi un element de origină mieloică şi anume rezultat din transformarea **mieloblastului**, trecând prin faza de monoblast. Nici în măduva normală, nici în cea patologică nu se văd elemente cari ar putea fi interpretate în mod sigur ca forme de trecere între mieloblast şi monocit. Pe de altă parte însă, într'un caz de angină Plaut-Vincent pe care am avut ocaziunea să-l observ, cu leucitoză normală, neutropenie şi monocitoză foarte accentuată (30-60%), măduva sternală prezenta un aspect de măduvă promielocitară, cum se observă în unele agranulocitoze benigne. N'am observat nici abondenţă de mieloblaşti, nici prezenţa de elemente numeroase de tip monoblastic, dar nici reţiunea reticulară n'a fost accentuată aşa încât, dacă această observaţiune poate servi ca bază de discuţiune pentru concepţiunea lui Naegeli, nu poate fi, în schimb adus în sprijinul ipotezei tot mai mult admisă azi că monocitul ar fi un element de origină reticulo-endotelială, deci şi de origină medulo-reticulară. Problema originei monocitului rămâne mai departe deschisă; ceeace ştim sigur, atât din observaţiunile altora, cât şi din experienţa proprie este că monocitul sanghin tipic nu poate fi recunoscut cu certitudine în măduva sternală normală.

Seria **eritrocitară** este reprezentată în măduva sternală pe de o parte de eritrocitele din sângele periferic cât şi din măduvă, iar pe de altă parte de formele premergătoare eritrocitelor, care în mod normal se găsesc numai în măduvă. In interpretarea frotiului medular, facem abstracţie de eritrocite; colorând însă supravital, observăm că în frotiul medular, procentul **reticulocitelor** este mai mare decât în frotiul sanghin recoltat în acelaş timp, ceeace dovedeşte că în măduvă există şi normocite mai tinere decât în sângele periferic. Seria nucleată a eritrocitelor este reprezentată prin **proeritroblastul bazofil**, destul de rar întâlnit în măduva normală, apoi **eritroblastul** sau **macroblastul** bazofil, metacromatic apoi acidofil, şi însfârşit eritroblastul **ortocromatic** (normoblastul), cu nucleul picnotic, din care rezultă apoi **eritrocitul** respectiv **normocitul**. După cum remarcă Rohr, înmulţirea elementelor din seria eritrocitară nu cade în sarcina proeritroblastului bazofil, nici măcar a macroblastului ci a normoblastului metacromatic sau chiar acidofil. In aceste din urmă celule se observă de cele mai multe ori figurile de

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PLANŞA I.

Fig. 1. — Acul de punctie sternală, model Rohr.

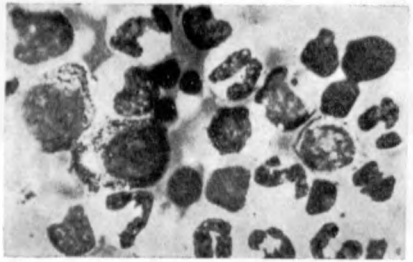


Fig. 2. — Frotiu de măduvă sternală normală.

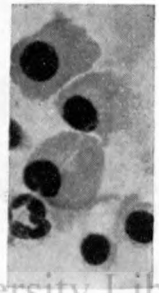


Fig. 3. — Megacariociti normali.

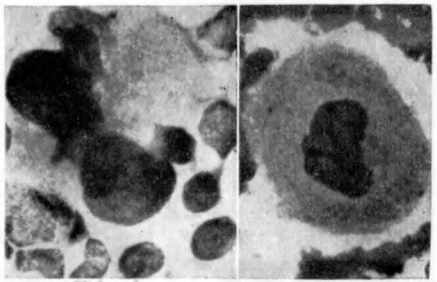


Fig. 4 — Plasmociţi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

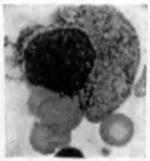


Fig. 5. — Hemohistioblast sau celula lui Ferrata.

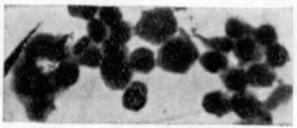


Fig. 6. — Măduvă normoblastică.

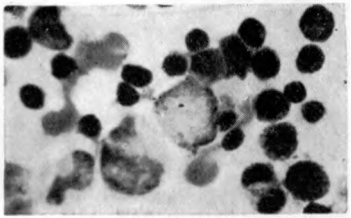


Fig. 7. — Eritropoeză exagerată în icterul hemolitic congenital.

PLANŞA II.

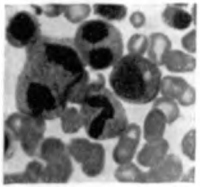


Fig. 8. — Aspectul măduvei sternale în anemia pernicioasă netratată.

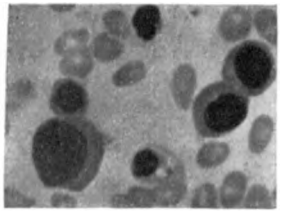


Fig. 9. — Acelaş caz, după 2 săptămâni de tratament cu extract de ficat.

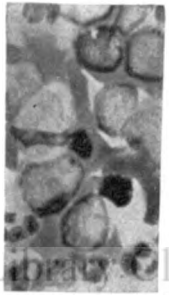


Fig. 10 — Măduva sternală în leucemia mieloică cronică.

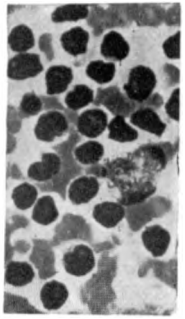


Fig. 11.— Măduva sternală în leucemia limfatică cronică.

Cluj-Central University Library Cluj

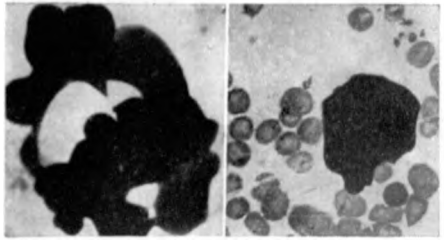


Fig 12 — Resturi de nucleu de megacariocit, într'un caz de trombopenie maligná.

Fig. 13.— Metaplazia limfatică într'un caz de leucemie limfatică cronică, aleucemică.

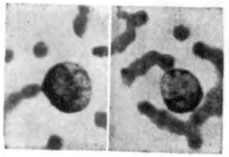


Fig. 14. — Măduvă cu elemente mieloice tinere în agranulocitoza benignă.

mitoză. Proeritroblaştii bazofili ar juca mai mult rolul elementului de rezervă. Foarte adeseori proeritroblastul bazofil este denumit **megaloblast** de unii autori englezi şi francezi. De acord însă cu Ehrlich şi Naegeli, această denumire nu trebue dată decât elementului special care reprezintă *prima fază a eritropoiezei embrionare* şi care în viaţa postfetală nu se observă niciodată în afară de sindromul de anemie perniciosă (de tip Biermer).

Ceeace nu s'a putut clarifica deocamdată nici prin studiul măduvei osoase „in vivo", este mecanismul dispariţiei nucleului din eritroblaşti precum şi soarta substanţei nucleare dispărute.

Din *seria* ***granulocitară*** *observăm toate* elementele dela segmentate cu granulaţiuni specifice până la promielocitul cu granulaţiunile încă nediferenţiate. **Mieloblaştii** — conform concepţiei lui Naegeli, — adică elementele fără granulaţiuni în protoplasmă, sunt foarte rari în măduva normală. Se pare că şi aceste elemente, considerate drept capetele seriei granulocitare, au mai mult un rol de rezervă şi abia celulele următoare, adică ***promielocitii*** şi ***mielocitii*** iau parte activă la granulopoieză. De altfel, figurile de mitoză se observă aproape numai în aceste elemente. In măduva normală se poate observa foarte bine trecerea dela mielocit la metamielocit, nesegmentat şi segmentat atât pentru elementele neutrofile cât şi pentru cele eosinofile. Granulocitele **bazofile** sunt foarte rare în măduva normală şi, la fel ca şi în sânge, elementul tânăr — mielocitul — bazofil nu poate fi deosebit de cel adult.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Trombocitii din sângele periferic provin, după cum a fost demonstrat de Wright, din **megacariocitii** măduvei osoase. Se credea că aceste elemente iau naştere prin fragmentarea protoplasmei megacariocitului, însă recent, Rohr şi Koller au adus dovada participărei şi a nucleului megacariocitar la formarea trombocitilor din sângele periferic. Megacariocitul se recunoaşte foarte uşor după mărime; este celula cea mai mare din măduva osoasă normală (fig. 3). Adeseori, protoplasma pare să fie compusă dintr'un conglomerat de trombocite maturate, unele din ele fiind chiar detaşate de masa protoplasmei. Alteori se observă nuclei fără protoplasmă sau cu protoplasmă foarte puţină, mai puţin structurată şi mai bazofilă. Sunt probabil elementele mai tinere: **megacarioblaştii**, a căror recunoaştere este uneori destul de dificilă. Şcoala lui Naegeli mai intercalează o formă intermediară între megacarioblast şi megacariocit: **promegacariocitul**.

In măduva normală se mai găsesc rari **plasmociţi** (Plasmazellen) cu aspectul caracteristic de solzi de peşte (fig. 4). Protoplasma de culoare albastră închisă, uneori cu vacuole, nucleul rotund, excentric de obicei situat în partea îngustată a celulei, cu cromatina densă sau dispusă în spiţă de roată. Originea lor este, după unii **limfoidă**, după alţii **reticulară**. Klima le consideră ca elemente independente, fără nici-o legătură cu reticulul medular. In stare patologică aceste elemente pot apare în număr mare în măduvă, de exemplu în mielomul **plasmocitar** sau **plasmocitom**. Caracteristic pentru celula mielometoasă este — după Zadek — nucleolul foarte mare.

Şcoala lui Ferrata susţine existenţa chiar şi în măduva nor-

mală a unui element denumit hemohistioblast (celula lui Ferrata) care ar fi capabil — şi în stare normală — să se transforme direct în diferite elemente ale sângelui circulant: granulocit, monocit, limfocit, etc. Este o celulă mare, cu protoplasma uşor bazofilă, cu granulaţiuni azurofile sau chiar neutrofile şi cu nucleul având cromatina dispusă în reţea laxă ca la elementele reticulare (fig. 5). Naegeli şi şcoala lui consideră aceste elemente ca artefacte, provenite din turtirea unor elemente mieloice (promielocit). Intr'adevăr, este oarecum greu de admis ca o celulă cu un aspect atât de diferenţiat cum este hemohistioblastul, să poată fi capabil, chiar în stare normală, fără o excitaţiune prea puternică şi fără a trece prin forme intermediare, să dea naştere unor elemente atât de diferite ca structură ca de ex.: eritroblaştii, limfociţii sau monociţii.

In măduva sternală normală, elementele descrise mai sus există într'o anumită proporţie care a fost stabilită de diferiţi autori şi exprimată în cifre sub forma hemo-mielogramei. După cum am menţionat la începutul acestui articol, datele privind „formula medulară" sunt atât de diferite încât, cel puţin în practică, trebue să renunţăm la ele. Este suficient dacă cunoaştem aproximativ compoziţia măduvei normale pentru a putea interpreta modificările calitative şi cantitative ale măduvei în diferitele stări fiziologice şi mai ales patologice.

In mod normal, măduva sternală este constituită din aproximativ 20—25% elemente din seria eritroblastică, 60—65% elemente din seria granulocitară, iar restul de 10—15% cuprinde limfocite, celulele reticulo-endoteliale, megacariociţii, plasmociţii, monociţii (atunci când există), etc. etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Reacţiunile pe cari le prezintă măduva osoasă în diferite stări patologice sunt vizibile chiar şi macroscopic, dar mai ales în secţiunile istologice. In totalitatea ei, măduva activă îşi poate schimba raporturile faţă de ţesutul grăsos şi anume, acest raport se poate deplasa în favoarea măduvei active şi atunci vorbim de măduvă hiperplastică sau se deplasează în favoarea ţesutul grăsos, şi atunci vorbim de măduvă hipo- sau aplastică. In prima eventualitate, puncţia sternală ne va permite evacuarea unui conţinut foarte bogat în elemente celulare, în ultimele eventualităţi, rezultatul puncţiei vă fi o măduvă foarte săracă în elemente sau chiar o puncţie „albă". In interpretarea măduvei hiperplastice trebue să fim foarte prudenţi, de oarece hiperplazia poate să fie aparentă, în sensul că nu elementele medulare propriu zise sunt în abondenţă, ci elementele reticulului, simulând astfel o hiperplazie.

Din punctul de vedere al aspectului microscopic, modificările în sens hiper-, hipo- sau aplastic pot predomina la diferite serii de celule, reprezentate în măduvă. Lucru curios însă, că chiar în sindroamele cele mai tipice, cu modificări absolut caracteristice ale uneia din seriile reprezentate în măduvă (agranulocitoză, trombopenie, eritremie), modificările nu se limitează la seria care pare mai serios atinsă, ci se întind asupra întregei măduve.

Seria eritrocitară.

In poliglobulie, esenţială (Vaquez, Gaisboeck) sau simptomatică, măduva sternală prezintă o hiperplazie generală cu normoeritroblastoză şi o hiperplazie a seriei granulocitare şi megacariocitare. In unele cazuri, hiperplazia eritroblastică nu este chiar atât de evidentă cât ar lăsa să întrevadă enorma poliglobulie periferică; explicaţia acestui fapt este dată prin întinderea măduvei active şi asupra regiunilor cari în mod normal sunt inactive, compensând astfel lipsa unei hiperactivităţi marcate într'o zonă limitată.

In toate formele de anemie zisă „secundară" (post-hemoragică, acută sau cronică), măduva sternală prezintă o hiperplazie eritroblastică, de obicei cu predominenţa elementelor mai mature, a normoblaştilor (măduvă normoblastică) (fig. 6). In stări infecţioase grave sau intoxicaţiuni cari nu sunt atât de intense încât să ducă la o aplazie medulară, regenerarea este deasemenea vizibilă, însă predomină elementele mai tinere, eritroblaştii policromatici sau bazofili. S'ar putea admite în aceste cazuri că agentul patogen a oprit oarecum procesul de maturaţie într'o fază mai tânără a elementelor din seria eritroblastică. Desigur că în aceste cazuri, în sângele periferic lipsesc semnele unei regenerări active (anisocitoza, poichilocitoza, reticulocitoza, etc.), deşi măduva nu este aplastică. Alte ori se poate întâmpla şi inversul, adică la bolnavi cari în sângele periferic prezintă semne evidente de hiperregenerare eritrocitară, să găsim o măduvă hipoplastică, cum am avut ocaziunea să observ la un azotemic cronic cu anemie intensă *).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Regenerarea în stările de anemie, nu se limitează numai asupra seriei eritrocitare ci, de obicei, se observă o hiperactivitate şi în seria granulocitară.

In anemia hemolitică (icter hemolitic) congenitală, aspectul măduvei este caracterizat printr'o eritropoeză exagerată; proporţia de elemente nucleate din seria roşie putând atinge 70% şi mai mult din totalul elementelor din măduvă. In frotiu se observă elemente de toate mărimile şi de toate vârstele şi numeroase mitoze (fig. 7). Numai absenţa megaloblaştilor permite uneori diferenţierea unui frotiu de măduvă recoltată dela un bolnav cu icter hemolitic congenital, de o măduvă de anemie pernicioasă.

Aproape acelaş tablou se observă şi în anemia hemolitică dobândită.

In anemiile hipocrome esenţiale, regenerarea eritroblastică este deasemenea intensă şi însoţită şi de o regenerare granulocitară şi, uneori, reticulară.

In anemia pernicioasă, de tip Biermer în anemia pernicioasă din sarcină sau în aceea datorită botriocefalului, măduva, în general, este hiperplastică; ţesutul grăsos aproape dispărut. Aspectul măduvei este caracterizat prin eritropoeza megaloblastică; prezenţa acestui element — megaloblastul — este patognomonică pentru anemia pernicioasă. Intr'un caz netratat, se poate observa foarte bine

*) *Gingold, Comsa, Roman-Crivăt:* Anémie pseudo-régénérative, comme syndrome terminal chez un azotémique chronique. Soc. française d'Hématologie. Avril 1938. Le Sang No. 5, 1938.

toată trecerea dela faza de megaloblast bazofil la megalocit (fig. 8). Aspectul megaloblastului tânăr este foarte caracteristic: protoplasma intens colorată în albastru închis cu conturul uneori neregulat, cu nucleu mare de o nuanță mai deschisă decât protoplasma; structura nucleară este foarte laxă, cu nucleoli abia vizibili și slab delimitați. Comparând aceste elemente cu mieloblaștii cu care au oarecare asemănare, se poate face o diferențiere, cu condiția ca elementele să fie bine colorate. In secțiuni sau în frotiuri prost colorate, deosebirea nu se poate face și nu este de mirare că chiar Naegeli susținea mai de mult că în anemia pernicioasă, elementul caracteristic pe care tot dela dânsul știm că este megaloblastul, ar fi mieloblastul.

Elementele foarte mari și foarte tinere sunt numite **promegaloblești**. In megaloblești și uneori și în promegaloblești se observă figuri de mitoză foarte frumoase, cu cromosomii subțiri. Unii autori dau ca semn sigur de diferențiere între megaloblast și mieloblești aflați în mitoză, unghiul de mitoză care la megaloblast este ascuțit, iar la mieloblast mai puțin ascuțit.

O altă modificare caracteristică în măduvă este apariția de **granulocite „uriașe"**; aceste forme sunt atribuite ca fiind datorite unei turburări în maturația promielocitelor, nucleul acestora îmbătrânind mai repede și trecând direct în stadiul de element segmentat. Deasemenea se observă scăderea numărului megacariocitelor. Rohr a insistat asupra înmulțirei elementelor tinere reticulare, vizibile mai ales în secțiuni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Administrând unui bolnav de anemie pernicioasă ficat per os sau extracte de ficat sub formă de injecție, se produce în câteva zile o transformare completă a măduvei osoase; **megalocitoza respectiv megaloblastoza** dispare și cedează locul unei **eritroblastoze accentuate** (fig. 9). Deasemenea dispar granulocitele uriașe. Este interesant de notat că **această transformare este mai precoce decât apariția „crizei reticulocitare" în sângele periferic.**

In ce privește mecanismul de acțiune a extractului de ficat, există două concepțiuni: una, susținută de școala lui Naegeli, admite existența a două feluri de celule de origină pentru seria roșie, una pentru seria megaloblastică, alta pentru **cea eritroblastică**. Sub acțiunea ficatului, regenerarea megaloblastică încetează, seria eritroblastică este excitată și pornește la o regenerare foarte activă. Schilling, Henning și alții cred însă că principiul activ din ficat nu face decât să normalizeze procesul de maturație a celulei de origină (promegaloblast sau eritrogonie), readucând eritropoeza alterată din cauza lipsei factorului de maturație din ficat, pe calea normală, eritroblastică.

Seria granulocitară:

In stările infecțioase, măduva osoasă prezintă reacțiuni ale căror aspect a fost bine pus la punct chiar mai de mult de către Schilling. Hiperactivitatea seriei granulocitare se poate manifesta prin predominența segmentatelor, a metamielocitelor, mielocitilor, promielocitilor sau a mieloblaștilor. **Cu cât maturația celulelor se oprește la un element mai tânăr al seriei, cu atât pronosticul poate fi considerat mai grav.** In orice caz, gradul reacțiunei medulare depinde de felul excitației; o infecțiune acută

produce un aspect de măduvă mielocitară; elementele mai adulte fiind atrase în circulaţia generală. In stările mai grave, maturaţia se opreşte la un element mai târnăr (promielocit sau chiar mieloblast). Din contră, în infecţiuni cronice, predomină o măduvă cu deviere spre dreapta, cu prezenţa de foarte numeroase segmentate. Tot în infecţiunile cronice se observă şi o hiperplazie de reticul şi apariţia de numeroase plasmocite.

In **eosinofiliile periferice** întâlnim o eosinofilie corespunzătoare în măduvă; în orice caz, proporţia de eosinofile este mult mai mare în măduvă decât în sângele periferic.

In **leucemia mieloică (mieloză) cronică**, aspectul măduvei sternale este aproape la fel cu al sângelui periferic (fig. 10). Din punct de vedere al diagnosticului, studiul măduvei osoase nu prezintă importanţă decât în formele **aleucemice**.

In **leucemia mieloblastică acută**, puncţia sternală ne poate fi de mare folos în forma **aleucemică**. In măduva sternală se observă o transformare mieloblastică caracteristică. Uneori elementele sunt absolut atipice, luând forma celulelor descrise de Ferrata (hemohistioblaşti) sau Naegeli (paramieloblaşti). Mai grea este diferenţierea elementelor în caz de leucemie acută cu **micromieloblaşti**. Diagnosticul diferenţial cu o leucemie limfatică poate fi uneori foarte greu de făcut.

Agranulocitoza: Rohr s'a ocupat în special de aspectul măduvei osoase în sindromul denumit **agranulocitoză**. Dacă în cazurile grave, letale, măduva corespunde aspectului sângelui periferic, adică prezintă o aplazie totală a elementelor medulare, (prezintând însă în schimb o hiperplazie de reticul limfoid şi plasmocitar), în numeroase alte cazuri măduva este normală sau chiar hiperplastică, cu predominenţa elementelor tinere din seria granulocitară. Din acest punct de vedere, Rohr deosebeşte o măduvă cu reacţiunea **metamielocitară-mielocitară, promielocitară şi mieloblastică**. După cum am menţionat mai sus, în unele cazuri, măduva prezintă un aspect de hiperactivitate; deşi elementele granulocitare au dispărut complet; în aceste cazuri este vorba de o hiperplazie a elementelor din reticulul medular. In toate aceste forme, seria granulocitară suferă probabil o inhibare a procesului de maturaţie iar în formele mai grave cum este măduva mieloblastică sau reticulară, există şi o turburare în regenerarea elementelor.

In **leucemia limfatică (limfadenoză) cronică** se observă în general o metaplazie limfatică în măduva sternală (fig. 11). Unii autori descriu absenţa metaplaziei limfatice în măduvă în unele cazuri de leucemie limfatică cronică. (Schulten, Klima, etc.). Aceste cazuri sunt însă foarte rare. Puncţia sternală ne poate fi de mare folos în forma aleucemică a leucemiei limfatice cronice.

In angina limfocitară respectiv monocitară, aspectul măduvei osoase nu este bine stabilit. Unii autori susţin că au găsit modificări, alţii nu. N'am avut ocaziunea să studiez măduva sternală în aceste sindroame. Am emis altă dată o ipoteză, dacă nu cumva ar fi vorba de o afecţiune de sistem, benignă, unde studiul măduvei osoase ar putea clarifica problema *).

---

*) *N. Gingold:* Schweizerische Med. Wsch. No. 7, 1936.

In ce privește sistemul trombocitar, în trombopenia esențială, măduva osoasă este caracterizată prin existența a foarte numeroase megacariocite. Se admite în aceste cazuri o turburare în maturația lor, produsă poate de splină. De altfel revenirea trombopoezei normale după splenectomie este o dovadă suficientă pentru această hipoteză.

In trombopeniile secundare, toxice sau infecțioase, în aleucia hemoragică, megacariocitii lipsesc cu totul sau se observă resturi de nuclei de megacariocitii cum am observat într'un caz prezentat la Societatea Medicală a Spitalelor din București**) (fig. 12).

In ceiace privește afecțiunile sistemului reticulo-endotelial, puncția sternală ne poate furniza date importante în stările de reticulo endoteliozā, cronică sau acută; ea poate deasemenea avea un rol decisiv în diagnosticul precoce al maladiei lui Gaucher, Nieman-Pick, Schüller-Christian, etc. Ca afecțiune sistematizată a reticulului medular, cu aspect caracteristic al măduvei sternale, menționăm mielomul plasmocitar sau plasmocitomul. In anumite tumori metastatice se pot observa în frotiul sternal celule tumorale. Rohr deosebește tumori cu celule mari și cu celule mici. Personal, n'am nici o experiență în această direcție. Am făcut puncții sternale la câțiva bolnavi cu tumori metastatice diferite; în nici-unul din cazuri, n'am găsit celule tumorale în măduvă.

*

Pentru a ilustra valoarea practică a acestei metode, voi cita câteva exemple din observațiunile personale.

1) Bolnav cu anemie intensă hipercromă, trimis cu diagnosticul probabil de anemie pernicioasă. Aspectul frotiului de sânge și în special al formulei leucocitare nu corespunde tabloului obișnuit al anemiei pernicioase. Fac o puncție sternală; în măduvă nu găsesc megaloblești. De altfel, bolnavul este rezistent față de hepatoterapia masivă, nici transfuziile repetate nu aduc vre-o ameliorare și bolnavul sucumbă după câtva timp într'o stare de anemie gravă.

2) Bolnav cu adenomegalie generalizată. Se pune întrebarea: infecțiune cronică, limfosarcom sau leucemie limfatică. Hemograma nu lămurește situația. Leucocitoza de 5000, formula leucocitară cu limfocitoză relativă și absolută (50%). In măduva sternală, metaplazie limfatică (fig. 13), deci leucemie limfatică cronică aleucemică, diagnostic confirmat apoi și de examenul histopatologic al unui ganglion extirpat.

3) Femee de 30 ani, internată pentru agranulocitoză post-salvarsanică. Leucocite 500 pe mmc. Neutrofile 6%. Acesta a fost primul caz de agranulocitoză la care am făcut puncție sternală „in vivo". Am găsit o măduvă cu elemente tinere din seria granulocitară (măduvă matamielocitară-mielocitară, Rohr). (Fig. 14). In fața acestui tablou, mi-am exprimat părerea că agranulocitoza, cu toată leucopenia și neutropenia extremă, este de tip anafilactic și are, deci, un pronostic favorabil. Intr'adevăr, bolnava își revine treptat, tabloul sanghin se ameliorează repede, pacienta părăsește serviciul, vindecată.

Puncția sternală a început să fie utilizată de unii și pentru scopuri terapeutice, fie pentru evacuarea unei cantități mai mari de conținut medular (10 cc.) cu intențiunea de a excita regenerarea în cazurile de anemie hiporegenerativă (Arinkin), fie cu scopul de a injecta diferite substanțe medicamentoase, — calciu, extract de ficat, etc. (Arinkin, Markoff). Aceste încercări au rămas deocamdată izolate și nu prezintă prea mare valoare practică.

**) *Papazian, Tanasoca, Gingold:* Bull. Mém. Soc. hôp. Bucarest, Mars 1938.

In articolul de faţă — care nu poate avea pretenţiunea de a fi complect, — am încercat să expun esenţialul lucrărilor asupra acestui subiect şi să adaog observaţiunile mele personale bazate pe un material destul de modest, dar totuşi suficient pentru a-mi fi putut crea o părere personală asupra acestei probleme. In ce priveşte materialul bibliografic ajuns până azi la un număr enorm de mare, mă voi limita la menţionarea lucrărilor monografice apărute în ultimul timp, unele din ele conţinând şi numeroase indicaţiuni bibliografice, foarte utile.

BIBLIOGRAFIE

H. Schulten: Die Sternalpunktion als diagnostische Methode, G. Thieme, Leipzig, 1937. — *K. Rohr:* Knochenmarksmorphologie des menschlichen Sternalpunktates, in Neue Deutsche Klinik, vol. 14, Urban & Schwarzenberg, 1937. — *J. Mallarmé:* Le myélogramme normal et pathologique par ponction sternale. G. Doin, Paris, 1937.— *R. Klima:* Sternalpunktion und Knochenmarksbilder bei Blutkrankheiten Urban & Schwarzenberg, 1938.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Remedii suverane în tratamentul turburărilor circulaţiei

AGATHEOSAN
CALCIUMTHEOSAN
COFFOTHEOSAN
JODCALCIUMTHEOSAN
JODPAPAVERINTHEOSAN
PAPAVERINTHEOSAN

Preparatele cu Teobromină Dr. WANDER

Nou! CALCIUMTHEOSAN 0.40 Nou!

Mostre şi literatură trimite la cerere: Dr. WANDER S. A.
FABRICA DE PRODUSE FARMACEUTICE ŞI DIETETICE
BUCUREŞTI VI., STR. CAZĂRMEI 89

SPRE O EXPLORARE FUNCŢIONALA IN ALERGIE

de

D-r ION MARCU

Docent în Farmacodinamie.

Bordet, care admitea cu greu termenul de alergie, ce nu înseamnă decât reacţie schimbată, subordona totuşi anafilaxia complexului alergic, şi *Kämmerer* considera anafilaxia ca un caz special de alergie. *Pirquet* în urmă fu de aceiaşi părere.

Deaceia ne este permis să utilizăm noţiunile noi despre anafilaxie pentru studiul alergiei, desigur însă nu fără un control riguros, deoarece unele stări alergice n'au nimic în comun cu anafilaxia, cel puţin în aparenţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dacă substratul intim al şocului anafilactic, acea misterioasă reacţiune între antigen şi anticorp, rămâne încă o problemă obscură în sarcina imunologiei, mecanismul de producere al şocului a preocupat pe fiziologişti, izbiţi fiind de asemănarea dintre şocul histaminic şi cel anafilactic.

Identitatea însăşi a acestor fenomene înlătură vechea teorie fizică, care pune la baza şocului anafilactic modificări coloidale intracelulare, ce nu pot intra în socoteală în cazul şocului histaminic.

Dale în Anglia şi *Biedl* în Germania, explică fenomenele anafilactice ca fiind datorite histaminei sau unor substanţe analoage, care s'ar forma după un mecanism încă mult discutat. Teoria iniţială, care pune în seama injecţiei sensibilizante apariţia unui ferment modificator al proteinei străine injectate, şi care în momentul injecţiei deslănţuitoare ar descompune antigenul în anafilatoxină cu proprietăţi asemănătoare histaminei, a fost părăsită. După *Dale* s'ar formà o *precipitină* la sensibilizare, ce pătrunde în interiorul celulei a diferitor ţesuturi, în special în musculatura netedă. Când se face a doua injecţie antigenul pătrunde în celulă şi intră în contact cu precipitina provocând o destrucţie celulară, care e responsabilă de punerea în libertate a histaminei.

Această teorie nu exclude deci intervenţia histaminei din circulaţia sanguină, care la prima vedere părea exclusă îndată ce s'a putut provoca şocul anafilactic pe organe izolate. De curând *Ungar* a reuşit să arate că un fragment de organ al unui animal sensibilizat, pus în contact cu antigenul, liberează o substanţă identică din punct de vedere biologic cu histamina.

După unele cercetări recente liberarea de histamină n'ar fi datorită numai distrugerii celulare, cum a arătat şi *Lewis* pentru anafilaxia locală prin laborioasele sale investigaţii asupra reacţiunilor vasculare ale pielii, — ci odată cu sensibilizarea s'ar produce o adevărată depozitare de histamină *(Watanabe, Feldberg)* în diverse organe. Această histamină ar fi devărsată brusc în circulaţie la declanşarea şocului, şi s'ar epuiza făcând imposibil un nou şoc, de aci rezultând starea de antianfilaxie cunoscută.

Oricât s'ar demonstra prezenţa histaminei în sângele ce iese din organul de şoc, adică cel care este în special atins în şocul anafilactic, la câine din ficat, cum a demonstrat *Manwaring* şi acum în urmă *Dragstedt,* şi s'ar căuta să se explice fenomenele de şoc în teritoriul vascular de pildă, prin această histamină produsă în ficat,— mecanismul profund al şocului rămâne neelucidat, acea reacţiune dintre antigen şi anticorp, pe care nici teoria chimică nu o exclude.

De altfel noi am putut demonstra producerea de histamină şi în teritoriul vascular periferic, pus în contact cu antigenul respectiv la câini sensibilizaţi. Trebue să considerăm deci apariţia de histamină ca un epifenomen, care desigur are importanţa sa, poate în complectarea stării de şoc iniţiată de reacţia intra celulară de antigen-anticorp. Totuşi faptul că acidul ascorbic împiedică şocul anafilactic prin împiedicarea producerii de histamină *(Hochwald, Giroud)* fapt confirmat şi pentru anafilaxia în vitro *(Ungar)*, vine puternic în sprijinul teoriei şocului histaminic,—afară dacă bineînţeles acidul ascorbic nu împiedică şi reacţiunea antigen-anticorp însăşi.

Cum spuneam la început, putem să transpunem concluziile acestea la explicarea sindromelor alergice, cel puţin ca hipoteză de lucru.

Toate sindromele aşa zise alergice ar fi deci datorite eliberării de substanţe histaminice, histamina fiind numai un factor intermediar sau având un rol exclusiv efector. Substratul mecanismului de manifestare alergică e tot reacţia dintre anticorp şi antigen ce se petrece în anumite celule sensibilizate.

In astmul bronchic ar fi vorba de celulele musculare bronchice, care prin reacţiunea lor anafilactică ar libera histamină şi în acelaş timp ar provoca un reflex de axon, care după *Ungar* e deasemeni histaminergic, astfel confirmând jocul reflexelor scurte bronco-bronchice invocate de Prof. Danielopolu pentru explicarea mecanismului astmului.

In urticarie, celulele epiteliale ar fi acelea, care după cum a demonstrat *Thomas Lewis*, pun în libertate o substanţă, care având în ve-

dere că dă *reacţia triplă* descrisă de acest autor pentru histamină, adică hiperemie locală prin acţiune vasodilatatoare directă, formarea de bulă prin mărirea permeabilităţii capilare, şi haloul hiperemic la distanţă prin intermediul unui reflex de axon,—trebue să fie histamina însăşi.

Sunt autori, care consideră epilepsia ca o manifestare alergică. Menţionăm că sângele la epileptici e mai bogat în histamină de cât în stare normală. Tot acelaş lucru se crede despre migrenă. *Friedländer*, care tratează migrena prin injecţii de histamină, pleacă de la concepţia că migrena e de natură alergică, adică e datorită liberării de substanţe histaminice la nivelul vaselor cerebrale. Aceste substanţe provocând vaso-dilataţie şi o creştere a permeabilităţii endoteliale, fac să crească presiunea lichidului cefalo-rachidian.

De oarece este cert că doze mari de histamină provoacă accese de migrenă la cei predispuşi, trebue să admitem conform teoriei homeopatice „similia similibus" că dozele mici vindecă, iar dozele mari provoacă migrena.

Acelaş precept ar fi valabil şi pentru primele maladii alergice. Intr'adevăr încă înainte de a se cunoaşte rolul histaminei în alergie, se întrebuinţa histamina cu bune rezultate în tratamentul astmului, urticariei şi oedemului lui Quincke.

Ceeace admitem ca probă terapeutică în clinică pentru confirmarea diagnosticului, nu putem valorifica aci decât cu anumite restricţiuni. In primul rând trebue să avem o concepţie clară despre modul de a lucra al histaminei ca agent terapeutic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se vorbeşte despre tratamentul desensibilizant cu histamină. Mărturisesc că nu înţeleg utilizarea acestui termen în cazul de faţă. O singură desensibilizare se poate concepe, faţă de antigen ori faţă de excitaţii mecanice, şi nu văd cum ar puteà interveni histamina aci.

După cum în *urticaria factitia* sensibilitatea nu este mărită faţă de histamină, ci faţă de excitaţia mecanică, această sensibilitate fiind condiţionată de o rezistenţă scăzută a celulelor epiteliale faţă de agenţii mecanici, tot astfel şi în urticaria de natură alergică este vorba de o sensibilitate crescută faţă de antigen şi nu faţă de histamină.

Loeper însă adaugă la termenul de desensibilizant şi pe cel de *reactogen*. Nu ştiu cum îşi închipue Prof. *Loeper* această producere de reacţie. Noi adoptăm acest termen cu entusiasm fiindcă într'adevăr după concepţiunea noastră administrarea de histamină provoacă o reacţie din partea organismului.

Care este această reacţie ce ar putea avea un efect salutar în afecţiunile alergice ?

Trebue mai întâi să notaţi că dacă dela cercetările lui *Gaddum* din 1935 se ştie că există în mod normal o cantitate de histamină în sângele uman, nu se cunoştea că acest sânge are proprietatea de a distruge histamina exogenă. Că există un mecanism de apărare contra histaminei, contra acumulării în cantitate nocivă a acestei substanţe, se

ştia dela *Best* şi *Mc Henry*, care au găsit în rinichi o enzymă ce distruge histamina din sângele circulant *(histaminaza)*. *Binet* a arătat această distrugere la nivelul plămânului, iar noi am demonstrat-o în circulaţia placentară a fătului. Există deci o enzymă în aceste organe, care reglează histaminemia, dar că această enzymă circulă în sânge şi deci intră în contact cu toate ţesuturile organismului, aceasta e contribuţia noastră la deslegarea problemei. Mai mult decât atât, am găsit această proprietate de distrugere a histaminei în lichidul din flictene, care conţine şi o cantitate de histamină ca un produs general în cazul oricărui traumatism celular. Că este vorba de histaminază, adică de un ferment, e dovedit prin termolabilitatea acestei proprietăţi şi prin acţiunea destructivă ce o exercită asupra histaminei în vitro.

Există deci o putere histaminolitică a sângelui şi o putere histaminolitică a pielii sau mai exact ce poate interveni la nivelul pielii în cazul unui traumatism şi putem deduce că şi în cazul unei manifestaţiuni alergice.

Puterea histaminolitică a sângelui e în mod logic în raport invers cu cantitatea de histamină din sânge. La valoarea ei maximă am găsit-o la femeile parturiente, unde histaminemia scade până aproape de zero. Desigur că este vorba de relaţiunea dela cauză la efect, mai mult însă nu putem preciza.

Insistăm asupra faptului că animalele cu putere histaminolitică a sângelui foarte redusă sunt cele mai sensibile la şocul anafilactic. Cobaiul spre exemplu are puterea histaminolitică aproape inexistentă în sânge.

La om avem motive să afirmăm că cei cu puterea histaminolitică scăzută sunt mai susceptibili să facă boala serului, decât cei cu puterea de reacţiune a sângelui faţă de histamină normală. Căci putem vorbi de reacţiunea organismului faţă de un exces de histamină produs de diferite cauze la un moment dat.

Nu trebue să ne mire însă faptul că în manifestări alergice diferite găsim puterea histaminolitică a sângelui normală. Alergia însăşi doar nu are nimic de aface cu acest mecanism de apărare. Putem numai să spunem că o putere histaminolitică normală poate fi insuficientă pentru a neutraliza histamina ce se liberează în urma reacţiunii de antigen-anticorp.,

Un autor italian, *Cerqua*, găseşte histaminemia crescută în crizele de astm şi în crizele de urticarie. Desigur o putere histaminolitică normală nu este capabilă să neutralizeze acest exces.

Pe de altă parte, o putere histaminolitică scăzută, nu ştiu dacă n'ar putea predispune la unele fenomene anafilactice ce în mod normal nu se produc. Exemplul cu boala serului e concludent. Menţionez că în timpul sensibilizării la ser de cal spre exemplu, puterea histaminolitică scade paralel şi poate totuşi independent de reacţia celulară.

Există deci interesul de a cunoaşte puterea de reacţiune a organis-

mului faţă de histamină atât în stările alergice declarate cât mai ales la indivizii supuşi unei cauze alergizante.

Metoda de a determina această reacţiune antihistaminică, sau în mod practic puterea histaminolitică a sângelui, nu poate fi decât convenţională.

Standardizarea acestei metode e absolut necesară pentru schimbul şi compararea de date obţinute. Imi propun să supun această chestiune viitorului congres Internaţional de Fiziologie.

In linii generale metoda consistă din punerea în contact a unei cantităţi anumite de sânge făcut incoagulabil, cu o anumită cantitate de histamină / am utilizat în mod curent 10 cmc. sânge la care se adaugă 2 cmc. dintr'o soluţie 1% de Germanin Bayer şi 30 γ de difosfat de histamină, amestecul pus ½ oră la termostat la 37° şi dozarea consecutivă a histaminei după metoda biologică a lui BARSOUM. Făcând în acelaş timp dozajul histaminei în sângele întrebuinţat la amestec, se deduce prin calcul cantitatea de histamină distrusă, iar *puterea histaminolitică* e calculată la sută.

$$\text{P-hl.} = 100 - (x - h).\ \frac{100\ n}{N}$$

x fiind cantitatea de histamină dozată pe cmc. în amestec.
h — cantitatea de histamină pe cmc. de sânge întrebuinţat.
n — numărul de cmc. de sânge în amestecul pus la termostat.
N — cantitatea de histamină „ „ „ „ „ în γ

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

Cercetările noastre sunt încă într'o fază, care nu permite precizări categorice în ce priveşte datele, pe care ni le-ar puteà furniza o explorare funcţională în sensul unei determinări a puterii histaminolitice. Totuşi putem întrezări utilitatea unei asemenea explorări pentru precizarea cel puţin a prognosticului.

Dau câteva indicaţii sub rezerva unei confirmări ulterioare printr'o amplă documentare cazuistică.

Referindu-mă la datele menţionate mai sus, în raport cu maladia serului, importanţa unei explorări funcţionale în ce priveşte reacţiunea antihistaminică a organismului este atât de evidentă încât nu mai e nevoie să insist asupra utilităţii stigmatizării celor susceptibili sau nu de a face maladia serului.

In ce priveşte toate manifestaţiunile aşa zise alergice, când ştim că în mod normal, fiziologic, are loc o continuă producţie sau liberare — egal din punctul nostru de vedere — de histamină şi că există o reacţiune antihistaminică variabilă a organismului, ne putem pune întrebarea cred, dacă nu e cazul să deosebim manifestaţiunile pur alergice de cele în care eventual am găsi puterea histaminolitică a sângelui scăzută, deci o deficienţă în reacţiunea de apărare a organismului faţă de cantitatea de histamină normal eliberată.

Astfel se impune o explorare funcţională a acestui mecanism antihistaminic în toate cazurile de confirmată sau presupusă alergie.

Nu mă gândesc numai la cazurile de urticarie sau prurit aşa zis alimentar; dealtminteri toate intoxicaţiunile de origine intestinală ar beneficia cred de această explorare funcţională.

Mă gândesc îndeosebi la diferitele turburări, ce survin la femeile gravide, şi care s'ar datori după unii unei stări de sensibilizare faţă de albumine placentare. Am putut arăta că la femeile gravide la termen puterea histaminolitică a sângelui creşte enorm, astfel că explică scăderea la zero a histaminemiei în timpul parturiţiei. Nimic nu e mai interesant decât o explorare a mecanismului antihistaminic în eclampsie.

Deasemeni această explorare funcţională poate deveni utilă din punct de vedere terapeutic chiar, în astm, migrenă, epilepsie etc. — deci ar depăşi interesul pur teoretic.

Pe baza acestor consideraţiuni, cred că drumul spre o explorare funcţională în stările alergice, nu este greşit, putând duce nu numai la o înţelegere mai bună a diferitelor forme ale complexului alergic ci şi la o terapeutică mai raţională şi mai pozitivă.

Mă refer la cercetări inedite întreprinse în colaborare cu distinsul meu coleg şi amic Dr. Longhin în serviciul său din Spitalul Militar.

BIBLIOGRAFIE

Anrep & Barsoum: J. of Physiol. 1935, 85-409. — *Barsoum & Gaddum:* J. of Physiol. 1935, 85-1. — *Best & Mchenry:* Am. J. Physiol. 1929, 90-283 *Binet & Marquis:* C, R, Soc. Biol. 1935. 98-1285. — *Cerqua:* Minerva Medica 1936. 27 no. 23 — *Dragstedt:* J. of. Am Med. Ass. 1937, 108-95. — *Feldberg* u. *Schilf:* Histamin — Springer Berlin-1930. — *Gaddum* u. *Dale:* Gefasserweiternde Stoffe de Gewebe — Thieme Leipzig 1936. — *Lewis Th.:* Blood-vessels of the Human Skin. Shav — London 1927. Marcou et collab. B-tin. Soc. Med. Hop. No. 9/1936. Acad, Méd. Roum. No 3 1937. Presse Médicale No. 20/1938. — *Ungar:* Les substances Histaminiques — Herman — Paris 1937.

PROBELE FUNCTIONALE IN RADIOLOGIE

de

Prof. D-r D. NEGRU

Directorul Institutului de Radiologie din Cluj.

Orice metodă de investigaţie din domeniul medicinei urmăreşte depistarea unei turburări, analizarea şi stabilirea genezei acesteia şi şi în fine aflarea mijloacelor de a o înlătura. Aşa dar, totul se petrece în domeniul funcţional al organismului în cauză. Substratul material, deci organul ca complex structural static, interesează numai ca sediu al manifestărilor funcţionale şi ca depozit de urme lăsate de trecerea unui proces patologic, întocmai cum urmele unui răufăcător pun detectivul pe drumul obiectivului principal, care este descoperirea făptaşului, iar nu a obiectelor depozitare ale acelor urme.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Printre metodele de investigaţie ale medicinei, explorarea radiologică şi-a câştigat un loc de frunte, tocmai pentrucă ea ridică cortina asupra scenei în care se reprezintă procesele fiziologice, normale ori patologice, în plina lor viaţă, şi le adresează simţului vederei, care este cel mai convingător, şi cel mai dătător de senzaţia evidenţei, dintre toate simţurile noastre.

Nu este parte a organismului uman, care să nu fie susceptibilă de examen funcţional radiologic.

Să luăm cel mai static organ în aparenţă: osul, şi să-l examinăm radiologiceşte. Să presupunem că un os este sediul unui proces patologic. Modificările decelabile pe filmul radiografic nu au valoare diagnostică, privite numai la un moment dat, ci totdeauna procesul e urmărit în diferitele lui stadii de evoluţie, prin repetarea examenului; încât, în realitate, noi facem, chiar fără să ne dăm seama, o adevărată cinematografiare mentală a acelui proces. De aceea e aşa de greu să diferenţiăm sigur un aspect patologic de la un moment dat, de un altul datorit altei cauze.

Cele mai disparate procese osoase, ca de ex. tuberculoza, osteomielita şi sifilisul, pot avea aspecte trecătoare împrumutate unul de la altul. Succesiunea aspectelor fiecărui proces în parte, aşa dar privirea evoluţiei în timp a acestui proces, iată ce conduce la diferenţiare, diagnostic. Dar această evoluţie în timp, vizualizată într'o serie de radiografii succesive, este tocmai contemplarea procesului patologic, care

constă dintr'o funcţiune patologică, deci este în realitate un examen funcţional.

O leziune osoasă nu e de cât o funcţiune modificată a elementelor istologice osoase. Când procesul normal de osteoclazie are un tempo mai viu, avem o rarefacţie osoasă; invers, când procesul, tot fiziologic, osteoplastic e mai accentuat, sau cel osteoclazic e mai încetinit, avem formare de os în plus.

Toate leziunile osoase constau în esenţă din aceste două procese primare şi simple: creştere exagerată; distrugere exagerată. Faptul că în virtutea obişnuinţei putem adesea eticheta un aspect patologic osos pe un film unic, este o îndemânare a spiritului, iar nu o metodă ştiinţifică sigură.

Acest fapt este întru câtva asemănător cu posibilitatea de a recunoaşte de departe silueta unei persoane cunoscute, putând însă adesea greşi.

Studiul radiologic al osificărei ori al formaţiunei unui calus osos, nu sunt decât examene eminamente funcţionale. Prezenţa nucleului de osificare al piziformului la vârsta de 11 ani, nu are importanţă decât pentru că ştim că la 9 ori la 10 ani, acest nucleu lipseşte.

Examenul radiologic al unui os ne poate da o idee şi asupra circulaţiei acelui os. Staza ori hiperemia excită osteoclastele şi produce osteoporoză. In imobilizarea unui membru, acesta este mecanismul decalcefierei osului. In mod normal, muşchii şi articulaţiile, prin mişcările ce produc, exercită, după Langer, o acţiune de pompare, pentru circulaţia sângelui în oase, în sine foarte încetă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In acest fel se poate demonstra că orice leziune cu aspect radiologic static, pe care o privim şi o recunoaştem, nu este în realitate de cât un film mental „au ralenti", al procesului fizio-patologic care i-a dat naştere.

Insăşi existenţa unui proiectil metalic, relevată pe un film radiografic, implică evocarea traiectului său, a organelor lezate în drum, a organului lezat, acolo unde e situat şi a organelor ce va leza în eventuala sa migraţiune. Un glonte situat intracerebral se poate coborî până la baza craniului, traversând creerul. Aşa dar şi aici noi privim o succesiune de turburări funcţionale.

Examenul unei articulaţii e complect, numai atunci când, pe lângă radiografii — aspecte de o clipă — asociem şi radioscopia ori chiar radiocinematografia. Când nu o facem, este pentru că noi suplinim aceste examene prin ceea ce ne spune experienţa. Ingustarea unui spaţiu articular pe radiografie, noi ştim că înseamnă uzurarea cartilagiului articular, şi fără să controlăm ne dăm seama că mişcările acelei articulaţii trebue să fie reduse. De altfel, mecanica articulară pe viu este o achiziţie eminamente radiologică.

Dacă considerăm muşchii, care adesea sunt vizibili pe imaginea radiologică, vom constata că de multe ori avem nevoe de a explora radiologiceşte funcţiunea lor, adică contracţiunea. Aşa este de ex.: diafragmul, ale cărui mişcări le putem foarte bine studia prin diferitele metode radiologice. Un alt exemplu este posibilitatea de a deduce că un proectil este situat în grosimea cutărui muşchiu, dacă el se

deplasează în sensul contracţiunei acelui muşchiu. Tot aşa ne vom da seama dacă o calcifiere periarticulară este situată într'o pungă seroasă tendinoasă, ori nu; dacă un fragment osos e smuls din osul vecin de o inserţie tendinoasă, sau are altă origine.

Să trecem acum la organele animate de mişcări. Aici explorarea radiologică ne pune în măsură să privim contracţiunile, şi în general toate mişcările active, precum şi mişcările pasive (de deplasare, etc.), ale acestor organe. Deasemenea vom observa modificările de formă ale acestor organe, în raport cu momentele funcţionale ce le animă.

Metodele de care ne servim sunt: **Radioscopia**, simplă sau **stereoscopică**, radiokimografia, **stratiscopia**, **stratigrafia**, **radiografia în serie** şi **radiocinematografia**.

Vom defini în câteva cuvinte, dintre aceste metode pe cele mai puţin cunoscute.

Radiokimografia (metodă datorită lui Pleikart Stumpf din München, şi imaginată în 1928), constă din deplasarea în faţa inimei a unui diafragm de plumb prevăzut cu spintecături transversale de 0,5 mm., la intervale de 11,5 mm, şi înregistrarea pe un film fix a contururilor cardio vasculare în funcţiune de timp; sau din deplasarea unui film în faţa unui asemenea diafragm, care ar fi imobil, şi s'ar găsi situat între film şi între pacient.

Metoda permite aplicaţiuni clinice importante nu numai pentru studiul aparatului cardio-vascular, dar şi pentru al altor organe toracice şi chiar pentru diferite organe abdominale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Radiokimografia a fost aplicată (de Leon Bernard, 1933) pentru studiul leziunilor pulmonare, ale mediastinului şi diafragmului, şi pentru controlul colapsoterapiei.

Această metodă a permis lui Thoyer-Rozat şi Jacques Bernard să demonstreze că fenomenul paradoxal al lui Kienboch[1] nu e datorit săltărei diafragmului, ci numai a lichidului, care se urcă din cauza aspiraţiei mediastinului şi a îngustărei consecutive a toracelui. Diafragmul se coboară în inspiraţie ca şi la partea opusă. S'a confirmat astfel teza susţinută de Rist încă din 1925.

Stratiscopia, este o aplicare radioscopică a principiului Stratigrafiei. Stratigrafia imaginată de Bocage încă din 1921, dar realizată de Vallebona, în 1930 şi de Ziedeses des Plantes, în 1931, constă din deplasarea sincronă şi de sens opus a tubului Roentgen şi a filmului, aşa fel ca numai un anumit strat dintr'o regiune să aibă privilegiul să fie traversat tot timpul de aceleaşi raze, în aceleaşi puncte; restul e proiectat mereu în alt loc şi imaginea sa se şterge.

Metoda a dat bune rezultate până acum, în ce priveşte radiografia în straturi, cu ajutorul diferitelor aparate construite şi numite: Stratigraf, tonograf, planigraf, biograf, etc.

P. Ponthus şi J. Malvoisin au propus în 1937 un dispozitiv de „stratiscopie", care permite examinarea succesivă la ecran a tuturor straturilor. Principiul constă din rotaţia de sens opus pe de o parte a tubului, pe de alta a unui sistem optic format din 2 oglinzi

1) Acest fenomen, descris de Kienbock în 1898, constă în săltarea în sus în inspiraţie a diafragmului din partea unde este un hidropneumotorax.

paralele, situate înaintea ecranului şi care proiectează tot timpul numai imaginea din stratul ales. Acest strat poate fi variat continuu. Când instrumentaţia va fi pusă la punct, se aşteaptă de la această metodă un mare progres în explorarea plămânilor, în special.

Radiocinematografia directă, a fost perfecţionată de van de Maele (Journal de Radiologie, Aprilie 1937), şi a fost deja aplicată la studiul fiziologiei normale şi patologice a căilor urinare, de către Stobbaerts (Congresul de Urologie, Viena, 1936).

S'au obţinut până la 6 imagini pe secundă. Ar trebui 16 imagini pe secundă, dar se dublează sau se tripleazâ fiecare imagine. Metoda e susceptibilă de a da clarificări şi în studiul veziculei biliare, a plicelor mucoasei, în arteriografie, encefalografie, etc. Ea a fost deja aplicată la studiul contracţiunilor inimei, a mişcărilor articulare, etc.

Prin metodele de mai sus putem vizualiza în prima linie mişcările aparatului respirator (inclusiv fonaţiunea) şi ale întregului tub digestiv. Chiar mişcările plicelor mucoase pot fi puse în evidenţă prin radiocinematografiare. Deglutiţia a fost studiată de curând prin această din urmă metodă.

Aparatul circulator beneficiază larg de explorarea funcţională. Astfel inima e susceptibilă de a fi observată în funcţiune la ecranul radioscopic, prin cinematografie, şi prin radiokimografie.

Arterele au fost opacificate şi puse în evidenţă radiografic şi radiostereoscopic. Metoda aparţine lui Reynaldo dos Santos, A. Lamas şi Jose Caldas şi datează din 1929. Opacificarea se face prin injecţiuni de iodur de sodiu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Arteriografia pulmonară a fost realizată de Egaz Moniz, Lopo de Carvalho şi Almeida Lima prin injectarea de 8—10 cmc. de soluţie de iodur de sodiu 120%, direct în auriculul drept, cu o sondă ureterală opacă, lungă de 60 cm, introdusă prin vâna internă a plicei cotului stâng. Radiografia se face imediat după injecţie. Artera pulmonară cu ramurile ei mari, sunt bine puse în evidenţă. Regiunile hilare pot fi astfel uşor descifrate. Ameuille, Ronneaux şi Desgrez (Journal de Rad. Martie 1938) laudă metoda, pe care ei au practicat-o cu succes, şi pe care o proclamă ca fiind inofensivă.

Aortografia se datoreşte lui Reynaldo, Dos Santos şi Caldas (1929).

Egaz Moniz a imaginat encefalografia arterială, în 1935; tot acest autor a studiat viteza sângelui în organism prin arteriografie (Annales de Médecine Oct. 1932).

Venografia, obţinută tot prin injecţiuni de soluţiuni de ioduri, a fost realizată între alţii de Barker şi Camp (Amer. J. of R. Aprilie 1936).

Carvalho, Rodriguez şi Pereira în 1931, au pus în evidenţă radiologicesţe circulaţia limfatică, vasele şi ganglionii limfatici, prin injecţiuni cu soluţii de bioxid de toriu, ori de abrodil.

Ficatul şi căile bilare, în special vezicula biliară, pot fi opacifiate artificial prin produşi de iod injectaţi intravenos, ori administraţi pe cale orală. (Metoda lui Graham-Cole, care datează din 1924).

Contracţiunile veziculei biliare sunt susceptibile de a fi studiate prin radiocinematografie.

Aparatul urinar poate fi studiat astăzi funcţional prin cele 2 metode: pielografia ascendentă obţinută prin injecţiuni de soluţiuni opace prin ureter; şi cea descendentă (urografia intravenoasă) obţinută prin injecţiuni intravenoase de substanţe ce conţin iod, ca uroselectanul, abrodilul, etc. şi care, eliminându-se prin urină, fac vizibile căile urinare. Motricitatea căilor urinare se studiază prin radiocinematografie.

Explorarea uterului şi trompelor datează din 1924, când Carlossi şi în urmă Carelli, au injectat lipiodol prin colul uterin. Metoda se numeşte utero-salpingografie.

Radiocinematografia e susceptibilă de a aduce şi în acest caz clarificări importante.

Sistemul nervos central cu ventriculii cerebrali şi spaţiul subarachnoidian pot fi explorate astăzi, primele prin injecţii de aer (ventriculografia, introdusă de Dandy în 1918), iar spaţiul subarachnoidian prin injecţii de lipiodol (Sichard şi Forestier, 1923). Se poate controla prin acest procedeu starea spaţiilor subarachnoidiene şi deci scurgerea lichidului cefalo-rachidian.

Dar aplicaţiunile radiologice în studiul funcţional al diferitelor organe, nu sunt încă epuizate. Viitorul apropiat ne va aduce desigur şi alte moduri de investigaţiuni.

S'a pus chestiunea (Köhnle, Roentgenpraxis, 1937) dacă nu e prea pretenţios a se vorbi de o roentgenologie funcţională, atâta timp cât această metodă nu ar da de cât două componente din ansamblul funcţiunilor unui organ: forma şi mişcarea, riscându-se astfel de a lua pars pro toto.

Desigur că explorarea radiologică nu arată şi nu va arăta niciodată tot complexul funcţional al unui organ. Această metodă aduce însă clarificări, complectări şi fapte cu totul noui chiar, care vin nu numai să întregească un capitol fiziologic, dar să şi rectifice părerile eronate asupra formei multor organe, aşa cum sunt descrise în tratatele clasice de anatomie.

Iată de exemplu stomacul, a cărui formă — care atârnă la rândul ei de elementul eminamente funcţional tonus — nu e nici acea descrisă de anatomişti, nici chiar acea descrisă de chirurgi. Pe cadavru stomacul e lipsit de tonus, iar în cazul intervenţiei chirurgicale, se ia cunoştinţă de un stomac a cărui formă e modificată de narcoză, sau de anestezia locală, şi de secţionarea peritoneului.

De altfel, studiul formei, mai ales în raport cu momentele funcţionale precum şi al mişcărilor, reprezintă un capitol important de fiziologie.

Dar explorarea radiologică este susceptibilă de a studia şi alte funcţiuni de cât cele de mişcare. De ex.: în cazul injecţiei intravenoase cu tetraiodfenolftaleină, se poate constata radiologiceşte gradul de concentraţiune al conţinutului veziculei biliare.

Există apoi o serie de alte funcţiuni, din care Nemours-Auguste (Radiologie de la vésicule biliaire, 1934), alcătueşte un întreg capitol intitulat: Funcţiuni cunoscute ale veziculei biliare în

raport cu examenul radiologic. Funcţiunile veziculei biliare depind foarte mult de cele ale organelor în amonte şi în aval de ea. Colecistografia ne dă deslușiri despre felul cum boalele şi turburările funcţionale ale acelor organe pot avea o influenţă asupra aspectului radiologic al veziculei (Nemours-Auguste).

Studiul evacuărei bilei a găsit în metoda radiologică clarificări importante. Şi în cazul veziculei şi căilor biliare ca şi în cazul stomacului, diafragmului, etc., explorarea radiologică a arătat adevăratul aspect anatomic pe viu, care diferă de cel studiat pe cadavru.

Vorbind de perspectivele radiologiei, Nemours-Auguste spune „Desigur, ea (radiologia) păstrează mereu rolul său, pe zi ce trece mai mare, în diagnosticul leziunei constatate; dar viitorul său este mai departe şi duce spre fiziologie şi spre anatomia normală a omului viu".

* * *

Dar razele Roentgen mai pot fi privite, în raport cu funcţiunile organismului, şi din alt punct de vedere: acela al modificărei acestor funcţiuni prin acţiunea energiei radiante roentgeniene absorbită de organism.

Chestiunea acţiunei razelor Roentgen asupra organismului nu este încă deplin clarificată. Sunt câteva fapte câştigate, şi anume: Există o acţiune citocaustică, când razele sunt absorbite în doze suficiente pentru a ucide celula (fie distrugând funcţiunile de înmulţire, prin alterarea cromosomelor nucleului, fie suprimând funcţiunile de nutriţie, fie ambele). Celulele sunt cu atât mai radiosensibile cu cât activitatea lor biologică e mai mare.

Dar există şi o acţiune pur funcţională, pusă în evidenţă în ultimii ani de cercetările lui Gouin şi Bienvenue, Delherm şi Beau, Langeron şi Desplats, etc., obţinută prin cantităţi de raze absorbite, relativ foarte mici. Pe această acţiune se bazează metoda de tratament numită **röntgenterapia funcţională**, prin care se încearcă obţinerea unei modificări funcţionale a unui ţesut sau organ, fără a distruge elementele celulare. Razele lucrează în acest caz asupra complexului de glande endocrine şi nervi (ai sistemului vegetativ).

Gouin şi Bienvenue publică în 1934 rezultatul cercetărilor lor, din care reese că simpaticul este sensibil la doze mici de raze Roentgen. De aici a derivat principiul însuşi al radioterapiei simpatice, numită şi terapie funcţională.

Rezultatele terapeutice sunt pentru autorii de mai sus veritabile teste clinice ale sensibilităţii simpaticului la razele Roentgen. Ei au ales ca teste ale acestei sensibilităţi, variaţiunile unor constante ale organismului după iradiere. Un astfel de test este cel leucocitar.

Razele Roentgen modifică stările funcţionale anormale, în orice sens ar avea loc deviarea de la normal. Se pare că o funcţiune anormală de ori ce fel, consistând dintr'un desechilibru neuro-endocrinian, are ca substrat material o construcţie biochimică foarte labilă, pe care razele Roentgen o modifică direct sau indirect şi readuc deci starea normală, în orice sens ar fi avut loc perturbaţiunea. Aşa s'ar explica

efectul bun al aceluiaş agent terapeutic, în stări atât de variate şi antagoniste. Se pare apoi că există o deosebire de radiosensibilitate marcantă între procesele biochimice patologice şi cele normale. De aceea funcţiunea normală a unei celule e mai greu de modificat. E de remarcat că celulele sunt influenţate de razele Roentgen în doze uzuale, numai dacă aceste celule sunt grupate în ţesutul respectiv, care la rândul său trebue să facă parte din organismul viu. In vitro, acţiunea razelor Roentgen este foarte slabă şi uneori nulă. Bacteriile şi animalele unicelulare sunt extrem de rezistente.

In rezumat: pentru ca razele Roentgen să aibă un efect asupra celulelor, trebue ca acestea să fie în stare de funcţiune, să facă parte din complexul istologic care constitue un organ viu, iar acesta să fie la locul său în organism, având deci toate conexiunile vasculare şi nervoase cu acest organism.

Acţiunea razelor Roentgen asupra celulelor o concepem în felul următor. O celulă are două funcţiuni: o funcţiune specială în raport cu nevoile generale ale întregului organism, am numi-o funcţiune biologică socială; şi o funcţiune biologică individuală, constând din nutriţie şi multiplicare.

Dozele mici, utilizate în radioterapia funcţională, nu pot influenţa de cât funcţiunea specială a celulei; pentru modificarea funcţiunilor vitale proprii e nevoe de doze mult mai mari.

Cu cât funcţiunea specială — pe care am numit-o socială — a celulei e mai activă, cu atât această funcţiune este mai radiosensibilă. Spre exemplu, la o glandă cu secreţie internă, funcţiunea specială este această secreţie internă. Funcţiunea specială constitue la toate speciile de celule o însuşire ereditară, pe care celulele o păstrează şi în afară de organism. Astfel, Carrel citează cazul celulelor epiteliale, care cultivate in vitro, se aşează când se înmulţesc, tot în straturi pavimentoase ca şi în organism. Este un fel de instinct social al celulei.

Temperarea iperfuncţiunei şi modificarea în general a disfuncţiunei nu duce la modificări materiale vizibile ale celulei. Modificarea funcţiunilor celulare proprii, duce — după doza de radiaţie absorbită — la alteraţiuni, îmbolnăviri şi chiar moarte a celulei, deci la modificări istologice ale organului iradiat.

Lipsa de acţiune a radiaţiunei in vitro sau acţiunea foarte limitată, s'ar putea explica prin absenţa elementului umoral al organismului, care constitue legătura dintre organe şi care probabil prin anumite elemente întreţine funcţiunea specială — socială — a celulelor. Se ştie că pielea anemiată este mai puţin radiosensibilă decât cea normală şi aceasta de cât cea iperemiată.

De curând Paul Lamarque (al III-lea congres anual de electroradiologie, Paris Oct. 1936), a reuşit să radiografieze secţiuni celulare necolorate, de 3 microni până la 5 microni grosime. Razele întrebuinţate sunt evident foarte moi şi e necesar un aparat special. Radiografia obţinută trebue examinată la microscop ca un preparat microscopic obişnuit. Istoradiografia lui Lamarque va complecta într'un viitor apropiat examenul isto-patologic. S'a văzut deja că nucleolul absoarbe mai mult. Probabil că celulele absorb în proporţia radiosensibilităţei, iar nucleolul este elementul cel mai radiosensibil din celulă.

Prin reacţiunile produse în organism în legătură cu iradiarea diferitelor organe, razele Roentgen sunt chemate a provoca anumite fenomene care să conducă la discernarea unor stări patologice de origine endocrină sau de altă natură.

Provocările acestor reacţiuni ar fi adevărate explorări fiziopatologice prin raze Roentgen. Perspectivele radibiologiei sunt încă nebănuit de mari.

Radioterapia funcţională, — datorită interdependenţei din punct de vedere funcţional a organelor, pe cale neuro-endocrină, şi ea influenţând acest element neuro-endocrinian, — are răsunet pe domenii întinse din organism şi chiar asupra întregului organism. Prin sângele iradiat, care circulă în tot organismul, acesta este influenţat de produse încă necunoscute, datorate acţiunei razelor Roentgen.

Vedem dar că radioterapia locală, are efecte şi la distanţă, că anumite funcţiuni în special ale sistemului neurovegetativ, sunt foarte radiosensibile, deşi celula nervoasă în sine, luată istologiceşte, nu este radiosensibilă. Toate aceste fapte ne fac să fim foarte circumspecţi în aplicarea razelor Roentgen ca agent terapeutic. Şi, un bun radioterapeut trebue să fie un bun radiofiziolog.

Din cele de mai sus rezultă că se deschide un capitol foarte vast şi complex al modificărilor stărilor fiziologice, normale şi patologice, ca urmare a absorbţiunei energiei radiante.

Şi de ce ne-am mira? Dacă viaţa e condiţionată de energia radiantă a soarelui, de ce organismele n'ar fi influenţate fundamental în funcţiunile lor de forme similare de energie radiantă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Foliculină cristalizată

FORME DE PREZENTARE:

Peroral:
Comprimate a 500 u. s.
Picături (1 ccm = 400 u. s.)
Perlatan Calcium Tabletten a 100 u. s.

Parenteral:
Fiole a 500 u. s.
Fiole forte a 1000 u. s.
Fiole „extrastark" a 10.000 u. s.

Rectal:
Supozitoare a 1000 u. s.

Perlatan

0.1 mgr. = 1000 unităţi internaţionale

ACŢIUNE MAXIMĂ LA PREŢ MINIM

permite aplicaţie cantităţilor suficiente de hormoni

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G.M.B.H. MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 9

EXAMENUL FUNCTIONAL IN ENDOCRINOLOGIE

de

C. I. PARHON şi ST. M. MILCU

Scopul medicinei practice va rămâne întotdeauna prevenirea şi tratarea boalelor.

Din ultimul punct de vedere în faţa fiecărui bolnav, prima datorie a medicului va fi stabilirea bilanţului activităţii fiecărui organ, sistem, aparat, ţesut, etc. şi a organismului în totalitatea lui.

Acest bilanţ va avea în vedere dacă funcţiunea se exercită în mod normal sau dacă e alterată şi anume în plus sau în minus.

S'a mai pus şi problema deviaţiunilor funcţionale spre exemplu în sensul unor secreţiuni de substanţe ce se depărtează mai mult sau mai puţin de cele normale.

Fără să excludem a priori, o astfel de posibilitate constatăm că până astăzi aceste „disfuncţiuni" au rămas de domeniul ipotetic.

Odată sensul ipo sau iperfuncţional al unei modificări de activitate determinat urmează să-l măsurăm, să determinăm cu alte cuvinte, cantitativ valoarea deviaţiunei în plus sau în minus, a funcţiunii ce avem în vedere.

De asemeni e necesar să cunoaştem capacitatea funcţională, posibilitatea de adaptare a fiecărei funcţiuni la împrejurările în care se poate găsi organismul într'un moment sau în altul.

In ceeace priveşte glandele endocrine un examen funcţional direct şi cu atât mai mult un examen al capacităţii sau mai bine zis al întinderei zonei de funcţiune este pentru un moment foarte greu sau chiar imposibil de realizat.

Ar trebui să putem preciza în ce cantitate, cu ce ritm diversele glande endocrine varsă în circulaţie diferitele hormone şi cum această secreţiune variază în diferite împrejurări, spre exemplu cum şi cât secretă glanda tiroidă într'o atmosferă rece sau într'una caldă, pe nemâncate sau în timpul digestiei, în perioada intermenstruală sau acea premenstruală sau menstruală, în diferitele epoci ale sarcinei, etc., etc.

Este evident că în prezent, nu putem preciza aceste diferite modalităţi funcţionale deşi totul ne îndreptăţeşte să credem că diferitele glande secretă în cantitate diferită (sau chiar din punctul de vedere calitativ uneori în mod diferit în raport cu diferitele faze funcţionale ale

altor organe sau în diferitele epoci ale vieţii, în diversele împrejurări de mediu şi că pe de altă parte, întinderea funcţională variază în raport cu diferitele tipuri constituţionale sau cu diferitele stări patologice, în raport cu vârsta, etc.

Dacă nu putem face un examen direct al diferitelor secreţiuni, putem totuş judeca în mod aproximativ, sensul activităţii lor funcţionale (scădere, exces, etc.), după indicaţiunile ce rezultă din aspectul morfologic, din biochimia sângelui, urinei (şi umorilor sau ţesuturilor în genere) din modul cum se exercită diferitele funcţiuni somatice şi chiar din modul comportării psichologice a indivizilor.

După cum ei se apropie de unul sau de altul din sindromele de insuficienţă sau de iperfuncţiune a unei hormone vom conchide că numita hormonă funcţionează în minus sau în plus.

Chiar şi pentru capacitatea funcţională sau pentru întinderea limitei de reacţiune sau adaptaţiune a funcţiunei vom putea scoate anumite indicaţiuni. Modul cum se comportă cineva faţă de frig şi căldură spre exemplu ne va da indicaţiuni asupra capacităţii de reacţiune a funcţiunii sale tiroidiene.

Dar descrierea sindromelor de insuficienţă sau de hiperfuncţiune hormonală ar lungi peste măsură acest articol.

In prima parte a unui „Manual de Endocrinologie" recent apărut, am făcut-o de altfel cu amănuntele necesare. Ne permitem să trimitem pe cititorii pe care aceste amănunte i-ar interesa la menţionata lucrare.

In cele ce urmează vom da principalele metode în special analize de laborator care complectează şi precizează diagnosticele sau impresiunile clinice. Nu e nevoe să mai adăugăm că examenul clinic rămâne indispensabil şi că atât datele laboratorului cât şi rezultatele examenului clinic trebuesc privite împreună, cu tot spiritul critic posibil.

Aceste zise vom trece la examenul diferitelor funcţiuni hormonale începând cu cele hipofisare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Hipofisa cu cele trei formaţiuni ale sale secretă un însemnat număr de hormone, printre care cea de creştere are un rol din cele mai importante.

Dar explorarea directă a funcţiunii actuale a hipofisei referitoare la auxhormonă (sau hormona de creştere) e foarte puţin sigură până în prezent.

E drept că pentru clinica obicinuită starea troficităţei generale, tipul somatic mai apropiat de cel acromegalic sau de cel acromicric ne dă indicaţiuni cu care ne putem mulţumi în general. Totuş trebue să facem rezerva că aceste conformaţiuni somatice nu indică în mod obligator, situaţia actuală ci mai mult rezultatul activităţii de până acum a hormonei de creştere.

Dacă însă observăm bolnavul un timp mai îndelungat sau ţinem seama şi de antecedentele sale, datele rămân suficiente.

Nu ni se pare în tot cazul îndoielnic că auxhormona circulă în sânge şi că e probabil ca ea să se elimine prin diferitele lichide ale organismului, prin urină în special.

Câteva cercetări făcute de unul din noi împreună cu Ballif şi Ştirbu sau cu D-na D-r Parhon Ştefănescu par a confirma acest mod de a vedea.

Dar technica căutărei auxhormonei în sânge, urină, etc., rămâne încă de elaborat.

Prolanul A şi B sunt alte două hormone importante secretate de lobul anterior al hipofisei.

Primul determină maturizarea foliculilor ovarieni (şi a tubilor seminiferi?), cel de al 2-lea ruperea foliculilor, revărsarea şi absorbirea lichidului folicular şi luteinizarea ovarului în special formaţiunea de corpi galbeni, iar pentru testiculi desvoltarea glandei interstiţiale.

In starea obicinuită nu se elimină prin urină decât prolanul A. Prolanul B se găseşte însă în urină (şi în sânge) în timpul sarcinei. De asemeni la bolnavi atinşi de unele tumori testiculare, la femeile cu mola hidatiformă.

Eliminarea excesivă a prolanului A în urină poate fi în raport cu o hiperactivitate primitivă a secreţiei hormonei respective sau cu un exces de secreţie consecutiv unei insuficienţe ovariene.

Examenul clinic obicinuit ne va arăta cum trebue să interpretăm diferitele cazuri.

Constatarea unei iperprolanurii aşa cum am făcut-o într'un caz de nanism cu pubertate precoce şi cu sudura precoce a cartilagelor de creştere (forma de nanism descrisă de unul din noi împreună cu D-na Constanţa Parhon Ştefănescu) trebue interpretată ca primitivă. Din contră vom conchide la o reacţiune de hipersecreţie consecutivă anovariei sau hipovariei când întâlnim hiperprolanuria la femeile castrate sau la menopauză sau cu insuficienţe ovariene de altă natură.

Hormonul gonadotrop hipofisar se titrează în urină sau în sânge. Dozarea urinară este mai simplă şi mai comodă în practică; cercetarea se face în urina din 24 de ore sau de preferinţă din timpul nopţii. Procedeele de extracţie sunt destul de numeroase şi relativ simple. Extractul se injectează la şobolani sau şoricei femeli immaturi. Durata analizei este de 5 zile. După animalul utilizat se va da rezultatul în unităţi şoarece sau şobolan, unitatea fiind cantitatea minimă de hormon care face să apară maturaţia foliculară pentru prolanul A sau luteinizarea pentru prolanul B. Pentru reacţia de sarcină sau tumori testiculare şi sarcini patologice se întrebuinţează urina tratată sau nu, în prealabil cu eter.

Technica de dozagiu a hormonei gonadotrope cere din partea medicului, o atenţie deosebită asupra condiţiunilor de lucru, în special calitatea animalelor şi în mod egal, la interpretarea rezultatelor.

In ultimul timp titragiul prolanului are o nouă indicaţie de cea mai mare utilitate în diagnosticul diferenţial al tumorilor sexuale la bărbat şi a turburărilor vegetative masculine de după 50 ani.

Lobul anterior al hipofisei secretă şi o **hormonă tireotropă**, o alta **suprarenotropă**, etc.

Aron admite că în insuficienţele tiroidiene prima e crescută şi e logic să gândim acelaş lucru pentru a 2-a în insuficienţele suprarenale.

Dar după cum excesul de secreţie al hormonei gonadotrope nu e

întotdeauna secundar, tot astfel e de admis că în unele cazuri secreţia excesivă a hormonei tireotrope e primitivă. Aşa s'ar explica unele cazuri de sindrom basedowian sau hipertiroidian asociat cu acromegalia. De asemeni totul ne face să admitem că hipertrofia suprarenalei observată în multe cazuri de sindromul lui Cushing sau de acromegalie ţine de o hiperfuncţiune primitivă a hormonei suprarenotrope.

Hormona tireotropă se dozează injectând sângele sau urina de cercetat la cobaiul sub greutatea de 220—250 gr. După 5 zile de tratament se extirpă tiroida, se cântăreşte şi se studiază histologic.

Cum tiroida la animalul de greutatea indicată este cu epiteliul turtit, stimularea prin hormonul tireotrop se traduce prin creşterea în înălţime a celulelor şi prin fluidificarea coloidului.

Testul pentru hormonul corticotrop a fost propus de Jores pe corticala de şoricel. Dar după opinia lui Collip nu avem în hipertrofia de corticală un test specific pentru că aceasta reacţionează hipertrofic la numeroşi agenţi toxici. Numai animalul hipofisectomizat poate constitui un test valabil.

Titrarea hormonului corticotrop ar avea o indicaţie de mare valoare în boala lui Addison, unde ar putea diferenţia insuficienţa suprarenală cronică primitivă, sau secundară insuficienţei hormonului hipofisar corticotrop.

Pentru moment examenul nu a intrat în clinica curentă.

O altă hormonă secretată de lobul anterior al hipofisei este aceea contrainsulară.

E interesant să cunoaştem cantitatea secreţiei ei în unele cazuri de diabet sau din contra de toleranţă excesivă pentru zahăr.

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

Marea sensibilitate la insulină pledează într'un caz dat pentru o hiposecreţie a hormonei contrainsulară după cum insulino-rezistenţa trebue să ne facă să ne gândim la excesul de secreţie al aceleiaşi hormone.

Şi în asemenea cazuri examenul clinic va indica dacă e vorba de hipersecreţie primitivă (în diabetul asociat cu acromegalia) sau secundară unui exces de secreţie insulinică.

După Houssay şi Biosotti, hormona contrainsulară se găseşte şi în urină. Până în prezent lipsesc observaţiunile care să demonstreze valoarea titrărei ei în clinică.

O importanţă deosebită pare a reveni hormonei acetonemiante descrisă de Anselmino şi Hoffmann, studiată în urmă de Magistris şi de alţi autori.

E vorba de o hormonă ce intervine în metabolismul grăsimilor şi a cărei acţiune se traduce între altele, prin creşterea acetonemiei!

Cercetarea acestei hormone se face injectând lichidul respectiv unui animal şi observând cantitatea corpilor cetonici în sânge înainte şi după injecţie.

Un prânz de probă bogat în grăsimi, ne poate indica în ce măsură hipofisa individului examinat, e capabilă să reacţioneze prin secreţia hormonei acetonemiante.

Pentru dozarea hormonei acetonemiante se întrebuinţează şobolanul, iepurele sau câinele. Pe cât se pare după unele observaţiuni clinice, hormona acetonemiantă va trebui cercetată în toate obezităţile presu-

puse de origine hipofisară, de asemeni în cazurile de diabet cu hiperlipemie şi acetonemie.

Prezenţa secreţiunei intermedinei se poate pune în evidenţă cu reacţiunea schimbărei coloraţiunei foxinului care sub influenţa acestei substanţe îmbracă haina de nuntă.

B. Zondek a găsit în sânge intermedima sub 3 unităţi foxinus la 1000 gr., iar Jores a titrat la 0.5—1.5 F. U. In urină nu s'a putut doza până în prezent.

Semnificaţia în clinică a creşterei sau scăderei intermedinei în sânge nu este încă determinată.

Reacţia expansomelanoforelor făcută cu pielea de broască sau pe solzii de peşte are dezavantajul că nu este specifică.

In ce priveşte secreţia **hormonei antidiuretice sau hidropexice**, cantitatea şi densitatea urinei ne dă o indicaţie importantă. Cantitatea e mare şi densitatea mică când hormona e deficientă şi din contră cantitatea de urină e mică şi densitatea mare în cazul contrariu.

Prezenţa excesivă a **hormonei miostenizante sau vasopresoare** e de admis în cazurile de hipertensiune arterială mai cu seamă asociată cu alte fenomene hipofisare.

Hormona vasopresivă şi ocitocică au fost găsite şi în lichidul cefalo-rachidian.

Anselmino şi Hoffmann au reuşit să pună în evidenţă hormona antidiuretică şi hipertensivă în sângele femeilor eclamptice sau a celor gravide suferind de nevropatii diverse. Testul utilizat a fost cel obişnuit în determinarea capacităţii hiperstenice şi antidiuretice a unei substanţe — inscripţia presiunei arteriale şi a diurezei la iepure sau câine.

Evident e o technică oarecum dificilă pentru a permite cercetări curente în clinică.

Insuficienţa secreţiei **hormonei ocitocice** e foarte probabilă la femeile cu inerţie uterină în timpul facerii, inerţie ce cedează la aspiraţie pe cale nazală, a pulberei de lob posterior al hipofisei.

* * *

In ceeace priveşte **examenul funcţional al glandei tiroide, metabolismul bazal** rămâne proba fundamentală alături de examenul clinic obişnuit. S'au propus ce e drept şi alte probe.

Examenul iodului din sânge crescut în hipertiroidie, scăzut în hipotiroidie practicat de De Quervain între alţi autori, constitue un indicator al funcţiunei. Trebue avut în vedere în special iodul organic. In felul acesta ne apropiem mai mult de tiroxină.

Dar technica dozărei iodului în canităţi aşa de mici e încă foarte dificilă şi nesigură.

S'a propus de asemeni să se încerce cu sângele pacienţilor ce voim să studiem **rezistenţa şobolanilor la anoxemie.** Şobolanii hipertiroidizaţi rezistă mai puţin. Constatarea aceasta făcută de Asher şi colaboratorii săi, a fost de asemeni utilizată în clinica lui De Quervain (cu sângele bolnavilor). Nu se poate spune că proba e supericară aceleia a metabolismului bazal fiind în plus mai complicată.

Tot astfel **proba rezistenţei şoarecelui alb la intoxicaţia cu aceto-**

nitril a lui Reid unt. Animalele hipertiroidizate sau tratate cu sânge de hipertiroidian rezistă mai mult la această intoxicaţie.

Revenind la metabolismul bazal, în stare normală acest metabolism variază între + 10 şi — 10. Laniez crede că cifra de + 5 poate încă merge cu semnele de hipotiroidie, ceeace ni-se pare a putea confirma pentru unele cazuri.

Or cum ar fi un metabolism scăzut indică o insuficienţă, unul crescut o hiperfuncţiune tiroidiană. Dar metoda nu e specifică. Metabolisme scăzute se pot întâlni şi în alte turburări ca în unele anemii, sindromul lui Addison, cachexia hipofisară. Din contră metabolisme crescute pot fi observate în leucemii, la bolnavii cu hipertensiune arterială, etc.

E drept că pe de altă parte în unele din aceste stări (în cahexia hipofisară spre exemplu) intervine totuşi şi o turburare a funcţiunii tiroidiene.

D-ra Brazier, Sainton, Dausset şi Lamy au căutat să introducă o nouă metodă pentru examenul funcţional al tiroidei — **măsurarea rezistenţei electrice a bolnavului.** — Ea este bazată pe cercetările lui Vigouroux care a demonstrat că rezistenţa electrică a corpului omenesc se schimbă în diverse boli. In guşa exoftalmică rezistenţa electrică scade. Până în prezent metoda este în studiu.

Mai de curând Rivoire afirmă că **dozarea glutationului din sânge** reprezintă un indice al valorei funcţionale al glandei tiroide. In special scăderea glutationului redus, din sânge ar indica o hipertiroidie. Pentru acest autor reacţiunea e chiar mai sensibilă decât examenul metabolismului bazal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar alţi autori ca Stevenin şi Ginsbourg au făcut de curând rezerve asupra acestei afirmaţiuni. Scăderea se observă şi în insuficienţa suprarenală.

Examenul **colesterolului sanguin** dă de asemeni indicaţii asupra valoarei funcţionale a glandei tiroide. Colesterolul creşte după etiroidare şi scade sub influenţa tratamentului tiroidian. De asemeni se găseşte scăzut în multe cazuri de sindrom a lui Basedow şi Guy La Roche a făcut chiar din cifra colesterolemiei un semn pentru prognosticul sindromului basedowian.

Dar şi alţi factori pot influenţa colesterolemia, ceeace face ca semnul să nu aibe decât o valoare relativă.

Reacţiunea exagerată la adrenalină (testul lui Goetsch) sau **marea toleranţă la quinină** (testul lui Bram) sunt de fapt manifestaţii ce indică impresionabilitatea sistemului nervos vegetativ şi nu credem că ele sunt de mare folos pentru a indica gradul funcţiunii tiroidiene.

Proba glicemiei alimentare preconizată de Marcel Labbé are de asemeni semnificaţiuni variate (hiperfuncţiunea tiroidiană dar şi hipofuncţiunea pancreatică, hiperadrenalinemie, etc.) şi în plus necesită dozagii multiple ale zahărului sanguin la intervale apropiate, ceeace din punctul de vedere practic constitue un inconvenient.

Metoda vitezei de reducţiune a hemoglobinei sub influenţa diatermiei glandulare (endocrine) este în studiu şi până în prezent nevalorificată pentru practică (metoda Dausset şi Terrier).

Reacţia lui Abderhalden a fost altădată utilizată pe scară întinsă în unele clinici. Această reacţie poate constitui un indicator al unei turburări funcţionale a unui organ, dar nu arată sensul hipo-, sau hiperfuncţional al acestei turburări.

Acelaş lucru se poate spune despre **metoda interferometrică** care nu e decât un derivat al precedentei.

Read a căutat să calculeze metabolismul bazal prin tehnica indirectă a consumului de oxigen, printr'un calcul făcut între numărul pulsaţiilor, presiunea diferenţială şi 2 coeficienţi ($M = 0.75 (P + PD \times 0.74) - 72$), pentru stabilirea datelor de mai sus sunt necesare aceleaşi precauţiuni ca la determinarea metabolismului respirator.

Metoda nu e valabilă în hipertensiune, la cardiaci şi renali.

* * *

Examenul funcţional al paratiroidelor se face pe lângă studiul clinic obişnuit al pacientului prin studiul **excitabilităţii electrice**, galvanice în special, studiul cronaxiei, de asemeni prin examenul chimic al sângelui.

Amintim că excitabilitatea electrică e exagerată şi cronaxia mărită în tetanie şi contrariul se observă în osteoza paratiroidiană, sindromul de hiperfuncţiune paratiroidiană.

Dar nu orice tetanie echivalează cu o insuficienţă paratiroidiană.

Studiul calcemiei e pe cât se pare mai important încă. Scăderea calcemiei indică insuficienţa paratiroidiană, creşterea, hiperfuncţiunea acestor glande.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar nici aceste două fenomene nu sunt cu totul specifice. Or cum ar fi alături de simptomele clinice, de creşterea fosforemiei (sau scăderea ei) şi a potasemiei, studiul calciului sanguin servă ca un preţios indicator pentru funcţiunea paratiroidiană.

Scăderea calcemiei sau creşterea ei poate servi ca o măsură a acestei funcţiuni. De regulă sub $0.7^0/_{00}$, apare tetania. Dar scăderea poate merge şi sub această cifră.

In hiperfuncţiunea paratiroidiană se observă o creştere a calcemiei şi o mărire ce poate fi foarte însemnată a calciului urinar şi a fosfatazei din sânge.

* * *

Studiul funcţional al timusului e încă foarte puţin înaintat şi ceeace ştim despre sindromele timice din punct de vedere clinic, se reduce la foarte puţin.

Or cum ar fi, talia redusă, puterea de asimilaţie slabă cu întârzierea încă mai importantă în desvoltarea organelor genitale a glandelor în special, vorbeşte în favoarea unei insuficienţe timice.

Simptomele opuse ar vorbi pentru o hiperfuncţiune.

* * *

Examenul funcţional al suprarenalelor trebue să se refere atât la corticala cât şi la medulara acestui organ dublu.

In ce priveşte medulara, studiul adrenalinemiei pe cale chimică sau

biologică (reacţia lui Ehrmann, dilataţia pupilei ochiului de broască enucleat şi immers în serul bolnavului) ne poate da oarecare indicaţiuni asupra activităţii sale pe lângă examenul clinic obişnuit.

Pentru corticală pe lângă acest examen creşterea clorurilor din sânge, şi creşterea colesterolemiei şi a potasiului (?) vorbesc pentru o hiperfuncţiune, iar scăderea clorurilor, a colesterolului şi a potasiului pentru o hipofuncţiune.

* * *

Examenul funcţional al ovarelor e astăzi mult mai înaintat decât altă dată şi aceasta numai datorită titrărilor de hormoni oestrogeni. Prin determinarea cantitativă a hormonilor oestrogeni în sânge şi mai ales în urină diagnosticul şi terapia turburărilor ovariene se face cu mai multă certitudine. Titrarea cea mai uşoară pentru medic şi pacient este în urină. Se colectează urina de noapte sau 24 ore în condiţiunile obişnuite şi se extrage foliculina prin benzol. Extractul obţinut se injectează în doze fracţionate la şoarecele sau şobolanul femel castrat şi se urmăreşte apariţia oestrului. Eliminarea foliculinei este variabilă dela o zi la alta şi în diversele faze ale ciclului menstrual, de aceea recoltarea trebue făcută în anumite zile şi dacă este posibil să fie repetată. Intru ce ne priveşte credem că urina ar trebui adunată din 2 nopţi consecutive şi dozajul făcut în faza foliculară şi luteinică a ciclului, de exemplu pentru un ciclu de 28—30 zile se va aduna urina în zilele 11—12, 12—13 şi 21—22, 23—24.

Cifrele normale de eliminare sunt extrem de variabile după autorii care au căutat să le determine. In ce ne priveşte socotim o eliminare mai scăzută de 30 unităţi şoarece la 1000 gr. urină, ca semnul unei insuficienţe hormonale, iar o eliminare mai ridicată de 200 U. S.$^0/_{00}$, ca indicaţia unei hiperproducţii de hormon.

Titrarea hormonală cere condiţiuni de technică riguroasă în recoltarea materialului cât şi în selecţionarea animalelor.

Trebue să ne ferim să înmulţim factorii de eroare care şi aşa sunt destul de numeroşi într'o probă biologică.

O determinare hormonală a foliculinei trebue totdeauna făcută în asociaţie cu a hormonului hipofisar gonadotrop — numai astfel vom putea avea o interpretare justă decurgând din corelaţia bine cunoscută între cei doi hormoni. Adeseori medicii cred că numai determinarea foliculinei este suficientă. Credem că este o eroare cu consecinţe directe atât pentru valoarea analizei cât şi pentru tratamentul indicat.

Nu trebue să cerem titrărei hormonale mai mult decât poate da în nici un caz ea nu dispensează pe medic de a judeca clinicește cazul. Este o profundă eroare să se dea tratamente numai pe criteriul analizei de hormoni şi în ce ne priveşte cunoaştem cazuri numeroase cu urmări nefericite pentru bolnavi şi compromiţătoare pentru valoarea unei metode absolut necesare în clinica endocrinologică.

Creşterea sau scăderea hormonei foliculare asociată cu orto-, hipo, sau hiperfuncţiunea hormonei hipofisare gonadotrope sau în asociaţie cu semnele clinice permit un diagnostic mai precis şi o terapeutică mai riguroasă.

Până în prezent dozarea hormonei luteinice nu s'a putut face în

urină, tehnicele existente se aplică numai la extractele din comerț.

Cu ajutorul titrărei hormonale se pot diferenția amenoreea hiper- sau hipofoliculinică, insuficiența ovariană primitivă sau secundară celei hipofisare gonadotrope, în menopauză stadiul hiperfoliculinic, hiperprolanic și hipofoliculinic. De asemenea se pot determina sterilitățile de origină hormonală; și în aceste cazuri este de semnalat că de multe *ori nici un simptom de insuficiență ovariană sau menstruală nu sunt* decelabile prin investigația clinică.

* * *

Examenul funcțional al testiculelor se face în mod analog cu acela al ovarelor. Funcțiunea exocrină se explorează prin studiul cantitativ și calitativ al spermatozoizilor, cea endocrină prin cercetarea cantitativă a eliminărei urinare de hormonă testiculară. Se întrebuințează în acest scop urina de noapte sau din 24 ore din care se extrage cu benzol sau cloroform hormonul masculin. Se trece apoi în excipient uleios și se injectează la șobolanul mascul castrat sau la clapon. Se va titra într'un caz prin unități șobolan sau în unitate cocoș în celălalt caz.

Recent R. Oesting a titrat hormona masculină printr'o metodă colorimetrică, rezultatul este citit în γ (gama) de androsteron.

Eliminarea hormonei masculine este variabilă după vârstă, cercetările cantitative făcute până în prezent sunt contradictorii pentru copii și bătrâni, dar în concordanță pentru vârsta adultă în special între 20—40 ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Trebue semnalată deasemenea sensibilitatea deosebită a crestei de cocoș pentru androsteron și a veziculei seminale pentru testosteron. Studiul hormonei masculine în clinică este în plin curs și este sigur că se vor obține criterii noi în diagnostic și tratament.

Scăderea hormonilor masculini se găsește în impotența masculină hormonală, în toate procesele degenerative și infecțioase care ating testiculul, în infantilismul sexual, în faza de involuție masculină.

Creșterea hormonei masculine în hipergenitalism și în pubertatea precoce la băieți, în virilism la femei.

* * *

Examenul funcțiunilor endocrine a pancreasului pe lângă cel clinic obișnuit se face cercetând secrețiunea insulinei, nivelul glicemic și modificările lui. Din nefericire toate probele funcționale încercate în clinică pentru explorarea funcțiunei insulare s'au dovedit insuficiente. Intr'adevăr coeficientul de glicoză în țesuturi (V. Grott), hipoglicemia insulinică, hiperglicemia prin ingestie, proba de saturație cu glicoză s'au dovedit mai curând exploratoare ale metabolismului hidraților de *carbon în genere decât probe funcționale insulare.*

Și este suficient să ne amintim rolul hipofisei, suprarenalei, tiroidei și fermenților locali în metabolismul hidraților de carbon pentru a interpreta probele de mai sus în altfel decât ca probe strict pancreatice. Totuși în clinică cu rezervele enumerate vom judeca valoarea insulară servindu-ne de glicemia „à jeun" și de proba hiperglicemiei provocate.

EXPLORAREA FUNCTIONALA A MENINGELOR

de

Agregat D-r D. PAULIAN şi D-r M. CARDAŞ

Semiologia meningelor s'a îmbogăţit în ultimii ani cu mijloace noi de explorare.

Lăsând la o parte semnele clinice meningeale cunoscute în mod clasic, dispunem azi de o serie întreagă de metode de ordin clinic, radiologic şi de laborator, cari ne duc la un diagnostic precis, atât în ceiace priveşte meningele înşile, cât şi ţesutul nervos subjacent lor.

Meningele înveleşte ţesutul nervos encefalo-medular, pe care-l separă de cavitatea cranio-rachidiană; produce, prin plexurile sale choroide, lichidul cefalo-rachidian, pe care-l conţine în spaţiile sale şi care are în primul rând rolul de protecţie mecanică a ţesutului nervos nobil.

Deosebim anatomiceşte: dura-mater, pia-mater şi arachnoida. Arachnoida e compusă din două membrane, limitând între ele o cavitate virtuală, cavitatea arachnoidiană. Intre foiţa viscerală a aracnoidei şi pia-mater există un spaţiu unde circulă lichid cefalo-rachidian: este spaţiul subarachnoidian; numeroase tractusuri conjuctivo-vasculare leagă cele două membrane meningeale: arachnoida şi pia-mater. Unii autori contestă structura meningelor descrisă mai sus.

Ultimele lucrări bazate pe fapte anatomo-clinice în legătură cu malformaţiunile ce se găsesc în spina-bifida demonstrează realitatea anatomiei meningelor aşa cum am descris-o mai sus. Spaţiul subarachnoidian e în legătură, prin găurile lui Lusckka din acoperişul ventriculului al patrulea, cu spaţiile ventriculilor cerebrali.

Pia-mater formează, prin împingerea epiteliului respectiv, plexurile choroide, atât la nivelul ventriculului al patrulea, cât mai ales al ventriculilor laterali.

Se admite că lichidul cefalo-rachidian este produs de plexurile choroide.

Resorbţia sa ar fi făcută prin corpusculii lui Pacchioni, tecile perivasculare, tecile nervoase, sinusurile venoase.

Primul mijloc de explorare al meningelor şi cel mai simplu este puncţia lombară. Credem inutil a intra în amănunte, technica puncţiei lombare fiind simplă şi cunoscută de toată lumea. Amintim că se face deobicei între a patra şi a cincea vertebră lombară, cu un ac

de 8 cm., în poziţie şezândă. Puncţia rachidiană se poate face şi suboccipital, puncţionând astfel cisterna mare, după cum a preconizat regretatul Prof. Obregia; aceasta din urmă ar avea avantagiul că ar expune mai puţin la fenomene de hipotensiune post-funcţionale; totuşi noi am observat bolnavi cari au avut dureri de cap tot atât de însemnate ca după puncţia lombară, aşa că pentru practica curentă rămâne tot puncţia lombară obişnuită, mai ales că puncţia suboccipitală cere oarecare obişnuinţă operatorului, date fiind rapoartele regiunei respective.

Deobicei puncţia se face în scopul de a extrage lichid cefalo-rachidian. Cantitatea de lichid extrasă variază. Astfel pentru analizele curente extragem 5—10 cmc.

Aspectul lichidului extras poate fi limpede sau modificat. Aspectul clar nu înseamnă că e normal; se găseşte în sifilisul cerebral, paralizia generală, tabes, meningita tuberculoasă, encefalite, etc. Lichidul poate fi turbure, purulent, ca în meningitele acute. Poate fi hemoragic: hemoragie meningee, inundaţie ventriculară, meningită acută (tbc.). Poate fi gălbui, xantocromic: proces hemoragic mai vechi, compresiune medulară, tumoră, etc.

Elementele chimice pot fi modificate. Albumina, care normal variază între 0,15—0,30 ctg. la litru, creşte în stare patologică la 2—3 gr. şi mai mult; poate fi clinicește dozată cu rachialbuminimetrul lui Sicard şi Cantaloube. Creşterea albuminei se găseşte în toate inflamaţiile sistemului nervos şi este paralelă cu limfocitoza. Câte odată avem o disociaţie albumino-citologică, care se observă uneori în tumorile medulare sau cerebrale, morbul lui Pott. Cantitatea de glucoză în lichidul cefalo-rachidian variază în mod normal între 0,30—0,70 ctg. la litru. Ea scade în meningitele acute şi este crescută în encefalita letargică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Elementele figurate joacă un rol foarte însemnat în diagnosticul proceselor meningee. Când lichidul e turbure facem examenul pe lamă colorată. Când e limpede elementele figurate, practic limfocitele, se numără cu ajutorul celulei Nageotte. Normal găsim 1—2 limfocite pe mmc. O creştere peste această cifră arată o stare patologică (meningită tbc., sifilitică, infecţiuni şi intoxicaţii diverse).

Inocularea la animal de lichid cefalo-rachidian proaspăt poate fi deasemenea folositoare în lămurirea diagnosticului, ca şi cultura sa pe medii apropiate.

Seroreacţia B. Wassermann, şi într'o măsură mai mică reacţiile globulinelor (Pandy, Nonne-Appelt, Weichbrodt) se bucură de cea mai mare însemnătate în practica curentă a puncţiei lombare şi cercetării lichidului cefalo-rachidian. După Sicard reacţia Wassermann asociată cu hiperalbuminoză şi limfocitoza este singurul criteriu de siguranţă în diagnosticul sifilisului nervos. In paralizia generală reacţia este întotdeauna pozitivă; în tabes este pozitivă aproape întotdeauna, dar se poate negativa cu timpul, în paraliziile prin arterită specifică este pozitivă, în heredo-sifilisul nervos ea poate fi pozitivă.

Guillain a descris reacţia benzol-coloidal care este pozitivă în mod constant în toate cazurile de sifilis nervos.

Tensiunea lichidului cefalo-rachidian are o importanţă considerabilă în anumite împrejurări. Ea se măsoară cu ajutorul manometrului aneroid al lui Claude. In mod normal tensiunea variază între 15—20 cm. în poziţie culcată şi se ridică la 25—30 cm. în poziţie şezândă. La cei cu convulsiuni, la epileptici în deosebi, găsim o mărire constantă a acestei presiuni la 40—45 cm. fără a fi vorba de o hipertensiune propriu zisă. In meningitele seroase şi mai ales în tumorile cerebrale tensiunea lichidiană creşte, atingând cifre impresionante: 70—80 cm. şi mai mult. Puncţia lombară, în cazul din urmă, trebuie făcută în poziţie culcată, foarte încet, temându-ne de moartea subită prin angajarea în gaura occipitală a amigdalelor cerebeloase, mai ales în tumorile fosei posterioare.

După extragerea unei cantităţi de lichid această tensiune scade; ea poate scădea mult sau puţin. S'a făcut chiar un raport matematic, exprimat în formula următoare: tensiunea finală înmulţită cu volumul în cmc. de lichid extras, împărţit la cifra tensiunei iniţiale:

$$\frac{T.\ f. \times cmc.}{T.\ i.}$$ este indicele lui Ayala-Balduzzi.

In stare normală acest raport este egal cu 6. In meningitele seroase această cifră este mai mare decât cifra normală, pe când în tumorile cerebrale ea scade sub această cifră. Acest raport nu este admis de toţi autorii, unii dintre ei negându-i orice valoare.

Tot în legătură cu valoarea tensiunei cefalo-rachidian amintim proba lui Quekenstaedt-Stooky în compresiunile medulare, unde se măsoară presiunea lichidului cu ajutorul unor tuburi de sticlă gradate în legătură prin cauciuc ataşat la acele de puncţie, în număr de două, introduse în canalul rachidian, unul deasupra şi celălalt dedesuptul obstacolului patologic presupus. Se studiază presiunea şi variaţiile acestei presiuni în legătură cu compresiunea manuală a venelor jugulare şi a abdomenului.

Digitized by Romanian Academy Library, Cluj

Sicard, introducând în cercetarea meningelor metoda sa de explorare a cavităţilor cu lipiodol, a adus o contribuţie foarte însemnată în precizarea diagnosticului radiologic al meningelor. Injectând lipiodolu, care este o soluţie uleioasă de iod, în concentraţie variabilă, aşa încât poate fi descendent (soluţie 40%) sau ascendent, şi care este opac la razele Roentgen, se obţin imagini radiologice de o mare claritate şi preciziune. Deobicei este întrebuinţată metoda în compresiunile medulare, arachnoidite, etc. Injecţia se face suboccipital sau la nivelul vertebrei a 7-a cervicală, deasupra nivelului presupus al compresiunei. Explorarea cavităţilor meningeale craniene şi ventriculare nu a dat rezultatele aşteptate de Sicard şi a fost părăsită.

Printre metodele cu substanţe de contrast amintim încercările lui Radovici şi Meller cari au injectat torotrast în canalul rachidian, punând apoi bolnavul în poziţie înclinată cu capul în jos timp de câteva ore, după care se luau clişeele radiografice. Această metodă s'a dovedit şi ea puţin practică şi chiar periculoasă.

In căutarea mijloacelor de contrast cari să pună în evidenţă conformaţia şi poziţia ventriculilor cerebrali s'a ajuns la procedeul

înlocuirei lichidului cefalo-rachidian cu ajutorul unui gaz, deobicei aer, care să creeze o transparenţă netă, arătând eventualele modificări ale spaţiilor umplute. Primul care a publicat rezultate în acest domeniu de radiologie nervoasă a fost Dandy în 1918. Acest autor introduce aerul direct în ventriculii cerebrali cu ajutorul găurilor de trepanaţie. Calea de acces diferă după autori. Ea poate fi occipitală, frontală (Jüngling), etc. Această metodă dă informaţiuni preţioase în special în localizarea tumorilor cerebrale.

Calea rachidiană a fost utilizată în acelaş scop pentru introducerea aerului în sistemul ventriculo-subarachnoidian. Tot Dandy a încercat această metodă, la 3 ani dela preconizarea ventriculografiei directe. In acelaş timp, în 1921, în Germania, Bingel face aceleaşi încercări, urmate de Dohlstrom, Wideroe, Wartenberg, Jüngling, Orzechowski, Choroschko în Rusia, iar în Franţa Cestan şi Riser studiază şi perfecţionează metoda. Encefalografia, adică introducerea pe cale rachidiană de cantităţi mari de aer 120—150 cmc., după scurgerea aproape completă a lichidului cefalo-rachidian, dă rezultate diagnostice într'un număr însemnat de afecţiuni ca: epilepsia esenţială sau traumatică, epilepsia jacksoniană, cefalee, atrofii ale scoarţei, meningite sifilitice, etc. Este contraindicată în tumorile cerebrale şi în special ale fosei posterioare. Credem că această metodă nu poate fi întrebuinţată curent în practică, dată fiind traumatizarea brutală a sistemului nervos prin introducerea unei cantităţi atât de considerabile de gaz.

In Decembrie 1931, Laruelle publică primul său articol asupra reperajului ventricular. Acest autor arată că este suficient să se „repereze" tavanele ventriculilor cerebrali şi să se judece poziţia şi simetria acestora pentru a avea informaţiuni diagnostice suficiente în clinica de toate zilele a sistemului nervos. El injectează cantităţi mici de aer, 20—10—2 cmc. aer şi poate trage concluzii de existenţa unei eventuale compresiuni ventriculare.

In 1933, unul din noi, în lucrarea sa inaugurală, studiază metoda de mai sus pe un număr de 111 bolnavi şi dă în mod amănunţit atât technica metodei, cât şi rezultatele obţinute în decurs de aproape 2 ani.

In rezumat aceasta constă în: injectarea unei cantităţi de 15 cmc. aer sterilizat prin flacăra unei lămpi cu alcool, injectare precedată de extragerea fracţionată a 18 cmc. de lichid cefalo-rachidian. Injecţia se face între a 4-a—5-a vertebră lombară printr'o puncţie lombară obişnuită. Imediat după introducerea aerului se face radiografia craniului din faţă şi profil. In caz că se observă oarecari anomalii se face noi clişee în poziţii speciale, pentru-ca aerul să treacă dintr'un ventricul în celălalt, dându-ne astfel seama de existenţa unei compresiuni, unei lipse de comunicare între ventriculi, etc.

Cu această ocazie am observat o acţiune terapeutică îndiscutabilă a aerului injectat, în special asupra crizelor convulsive epileptice. Acestea ar fi, pe scurt, atât cât se poate da într'un articol de revistă, noţiunile principale pe care le posedăm în prezent în ceiace priveşte explorarea funcţională a meningelor cranio-rachidiene.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PROBELE FUNCTIONALE ALE VEZICULEI ŞI CĂILOR BILIARE

de

I. PAVEL

Vezicula biliară care până acum vreo 15 ani era complect lipsită de metode de explorare funcţională este azi organul a cărui funcţionare se cercetează cel mai complect şi mai bine graţie celor două probe descoperite în ultimii 20 de ani:

Proba excreţiunei veziculare provocate, cunoscută sub numele de proba Doyon-Meltzer-Lyon, şi:

Colecistografia sau proba lui Graham complectată cu prânzul lui Boyden.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deşi reuşita acestor două probe este legată de quasi integritatea funcţională a colecistului ele nu se pot suplini una pe alta. Atât cauzele de eroare putând surveni în cursul efectuărei probelor cât şi concluziunile ce se degajă din rezultatul lor pozitiv sau negativ fac ca aceste două probe să nu fie interşanjabile ci să se completeze.

Pentru a nie face o idee de această diferenţă, vom expune mai jos într'un tablou sinoptic determinantele fiziologice necesare pentru a obţine un rezultat pozitiv cu fiecare din aceste două metode de explorare.

Proba lui Meltzer-Lyon pozitivă presupune:	Colecistografia pozitivă presupune:
1.	1. Rezorpţia substanţei opace la nivelul intestinului
2.	2. Eliminarea normală a substanţei la nivelul ficatului
3.	3. Continenţa normală a sfincterului lui Oddi
4. Permeabilitatea cisticului	4. Permeabilitatea cisticului
5. Integritatea rezervorului vezicular	5. Integritatea rezervorului vezicular şi vacuitatea sa relativă
6. Persistenţa funcţiei de concentrare	6. Persistenţa funcţiei de concentrare
7. Persistenţa funcţiei contractile	

Din lectura acestui tablou se vede dela început că proba excreţiunei veziculare provocată este mai specifică. O colecistografie negativă poate în adevăr să fie datorită stărei patologice a trei organe: intestin, ficat, veziculă biliară, şi chiar, unei incontinenţe a sfincterului lui Oddi, în timp ce proba lui Meltzer-Lyon negativă permite să incriminăm exclusiv vezicula. Deci colecistografia ar avea o valoare mai ales atunci când este pozitivă. Din contra proba lui Meltzer-Lyon ar conserva teoretic aceiaşi valoare şi în caz de probă pozitivă şi în caz de probă negativă. Perfecţionări ulterioare au tins să îmbunătăţească determinantele fiziologice ale colecistografiei. Astfel injecţiunea intra-venoasă a tetraiodului scoate din cauză factorul de eroare pe care îl constituia rezorpţia la nivelul intestinului.

In ceace priveşte valoarea semiologică a acestor două probe există diferenţe considerabile. In tabloul de mai jos (No. 2) sintetizăm informaţiile pe care ni le poate da rezultatul pozitiv al acestor două probe:

Funcţia colecistului explorat	**In cazul unei probe Doyon-Meltzer-Lyon pozitive:**	**In cazul unei colecistografii pozitive:**
Funcţia de rezervor	E conservată	E conservată
Funcţia contractilă	E conservată	Nu este explorată decât dacă se adaugă prânzul lui Boyden urmat de a doua radiografie
Funcţiunea de concentrare	E conservată	E conservată
Starea normală sau patologică a conţinutului vezicular (în afară de calculi)	E constatată	Nu e constatată
Prezenţa calculilor	Prezenţa calculilor nu poate fi eliminată deoarece sunt vezicule calculoase care rămân în comunicare cu calea principală De altă parte se poate supoza existenţa când se găsesc simultan în bila D cristale de colesterină, grămezi de pigmenţi şi leucociţi	Se pot vedea calculii de colesterină în negativ când funcţiunea de concentrare este conservată. Când nu se văd nu se poate afirma absenţa lor, căci există vezicule cu un canal cistic permeabil, care fiind umplute cu calculi radiotransparenţi nu mai permit intrarea unei cantităţi suficiente de substanţă opacă pentru a-i face să apară în negativ. Calculii mici scapă acestei investigaţii. Calculii radio-opaci pot fi pierduţi în opacitatea tetra-iodului. Ei apar atunci după vidarea v. b.
Forma şi raporturile veziculei	Se poate uneori supoza pericolecistite	Poate fi apreciată forma şi rapoartele veziculei

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PLANŞA I.

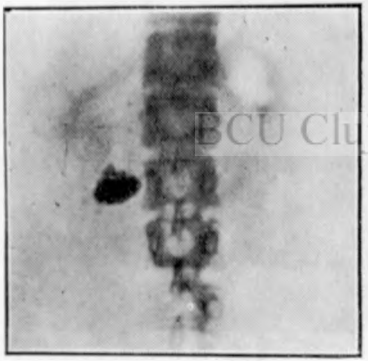


Fig. 1. (Radio Lazeanu). Calculi radio-opaci.

Fig. 2. (Radio Jovin). Calculi radio-transparenţi intr'o vesiculă flotantă (colecistocel).

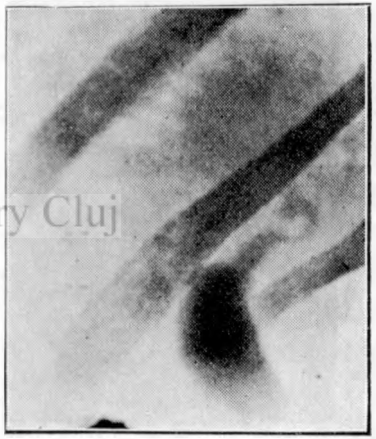
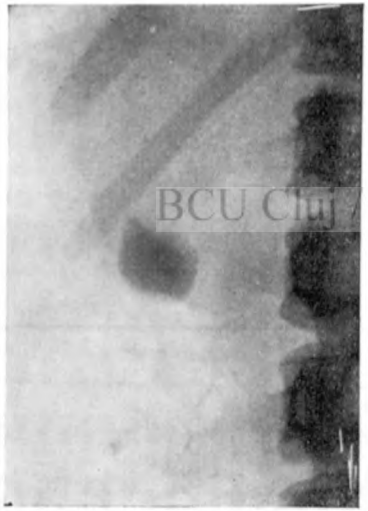


Fig. 6. Colecistografie şi colangiografie

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PLANŞA II.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 3 şi 4 (Radio Giurea).—Colecistografia pozitivă urmată de proba Boyden pozitivă, arată o veziculă funcţional intactă comprimată la exterior de un mic kist hidatic care lungă vreme în clinică a fost confundat cu o veziculă din cauza sediului.

Fig. 5. (Radio Stoenescu).
Aci eroarea a durat 8 ani.
Vezicula funcţional intactă este comprimată şi împinsă în sus de o hidronefroză.

Din punct de vedere teoretic proba lui Meltzer-Lyon constitue proba de explorare cea mai complectă de vreme ce permite examenul tuturor funcţiunilor colecistului şi în acelaş timp al conţinutului veziculei. Din contra colecistografia are ar putea să devie din punct de vedere funcţional aproape tot aşa de complectă, dacă i se adaugă sistematic o a doua radiografie luată după masa lui Boyden, nu explorează conţinutul veziculei din punct de vedere inflamator. In schimb proba lui Graham poate pune în evidenţă prezenţa calculilor, în particular pe cei radio-transparenţi. Din acest ultim punct de vedere proba lui Graham are o superioritate manifesă asupra probei lui Meltzer-Lyon, fiindcă pune uneori în evidenţă litiaza, fie pe proba negativă sau fără colecistografie când calculii sunt radioopaci, (fig. 1), fie pe proba pozitivă când aceştia sunt radio-transparenţi (fig. 2). Ea permite, în plus, definirea pe clişeul radiografic a formei şi rapoartelor veziculei (fig. 3 şi 4). Aceasta are o mare importanţă pentru rezolvarea problemei diagnosticului diferenţial al afecţiunilor din cadranul superior drept al abdomenului (fig. 5). Prin opoziţie cu aceste rezultate foarte favorabile valoarei probei lui Graham, va trebui să spunem că o colecistografie pozitivă contrar aparenţelor nu permite să afirmăm integritatea veziculară. Proba lui Meltzer-Lyon prin faptul că exteriorizează conţinutul veziculei poate să ne arate inflamaţia colecistului chiar când funcţionarea veziculei a rămas, în aparenţă complect normală.

Alături de aceste probe funcţionale ale veziculei mai trebue să semnalăm aci proba pituitrinei. Această probă este perfect analoagă cu proba lui Doyon-Meltzer-Lyon. Ea provoacă excitaţia veziculară pe cale parenterală cu ajutorul extractului de lob posterior de hipofiză care cum se ştie este un excitant al fibrei netede.

Canalele biliare şi în special coledocul sunt şi ele explorate fie direct, fie indirect. Reuşita probei Meltzer-Lyon supozează într'adevăr o permeabilitate a canalelor. De altă parte colecistografia se însoţeşte uneori de colangiografie. Cele mai adeseori însă explorarea se face în caz de fistulă operatorie cu ajutorul angiocholegrafiei directe. In acest caz injecţia unei substanţe opace, prin fistula operatorie, pune în evidenţă lumenul canalelor şi, în particular ale coledocului. Uneori se pun în evidenţă chiar contracţiile căilor biliare.

Punctul cel mai important însă în această explorare, în afară de existenţa unui obstacol mecanic este punerea în evidenţă a stărei funcţionale a sfincterului lui Oddi. Astenia şi mai ales hipertonia (obstacol funcţional) acestui sfincter, este pusă în mod foarte elegant în evidenţă cu ajutorul colangiografiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

III.

Cazuri clinice.

SUTURA NERVULUI CUBITAL SECŢIONAT URMATA DE TRANSMISIUNEA IMEDIATA A INFLUXULUI NERVOS

de

D-r BONA TRAIAN

Medic Primar, Director al Spitalului Suceava.

Autorul descrie cazul său prezentând pe lângă secţiunea totală a nervului cubital fractura olecranului şi deschiderea articulaţiei cotului. După sutura primară făcută la 24 ore după accident, atât sensibilitatea cât şi motilitatea revine în întregime deja la câteva ore după sutură, fapt care nu corespunde cu concepţia actuală clasică asupra regenerării nervoase. Insistă asupra tehnicei de urmat şi observă rezultatul excelent obţinut, revenind funcţia nervoasă şi nerămânând nici măcar redoare articulară, cu toate că s'a produs o supuraţie articulară, plaga fiind infectată prin accident, iar sutura s'a făcut tardiv.

BCU Cluj / Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj-Napoca

După secţiunea totală a unui nerv cu întreruperea fiziologică a lui, se observă următoarele simptome:

1. Din punct de vedere motor; paralizia complectă a muşchilor inervaţi de nervul lezat cu dispariţia tonusului muşcular.

2. Din punct de vedere sensitiv; suprimarea complectă a sensibilităţii cutanate, osoase şi articulare.

3. Ca urmare se ataşează fenomenele cunoscute de ordin trofic; atrofia muşculară, atrofia pielei etc.

Este bine stabilit că după un timp mai mult sau mai puţin îndelungat nervul secţionat se cicatrizează şi îşi poate recâştiga funcţiunile pierdute. Deci cicatrizarea nervoasă este complectată de regenerare, deoarece funcţiunea reapare. Graţie cercetărilor autorilor Waller, Schiff, Vulpian, Ranvier etc., s'a putut stabili că, capătul periferic al nervului secţionat degenerează în întregime, caracterizându-se acest proces prin fragmentarea mielinei, dispariţia cilindraxilor. Asemenea şi capătul central suferă un proces de degenerescenţă însă pe un segment limitat.

După degenerarea elementelor nobile ale nervului urmează regenerarea lor. Acest proces de regenerare porneşte exclusiv din capătul central, care emite cilindraxii noui. Aceştia traversând cicatricea intermediară pătrund în tecile goale ale capătului periferic.

Tratamentul plăgilor nervoase complecte a fost obiectul multor discuţiuni. Azi este stabilit că sutura nervoasă primară trebuie incer-

cată întotdeauna. Această operaţie a fost făcută pentru prima oară de Baudens în 1836, şi de atunci numeroase succese obţinute prin ea au consacrat-o ca metoda de preferat. Sutura favorizează regenerarea nervoasă. Clinic şi experimental s'a demonstrat în mod indiscutabil, că sutura aseptică, a capetelor nervului uşurează, grăbeşte procesul de regenerare. Această sutură ar facilita numai accesul cilindraxilor capătului central în spre interiorul celui periferic.

Insăşi aici este detaliul asupra căreia doresc să insist: abia după un interval de timp destul de mare, şi anume după două, trei luni (altcând şi un an) este regenerarea atât de înaintată, ca să poată permite revenirea sensibilităţii şi motilităţii.

Deci — după concepţia clasică acceptată azi de toţi autorii — o reunire per primam a nervului divizat şi suturat, imediat nu este posibilă; trebuie să degenereze prima oară capătul periferic, şi abia pe urmă — după ce regenerarea a avansat îndeajuns — poate nervul din nou conduce influxul nervos.

Observaţia noastră făcută în legătură cu un bolnav, care a prezentat secţiunea totală a nervului, cubital este concludentă şi în contrazicere cu această concepţie, reprezentând deci un fenomen paradoxal.

OBS. Sauciuc Nicanor în etate de 19 ani, agricultor este adus la spital spunând că ar fi fost lovit cu un topor în regiunea posterioară a cotului stâng, înainte cu 24 ore (29/XII 1936).

Fiind examinat s'a constatat următoarele leziuni:

In regiunea posterioară a cotului stâng o plagă de cc 6 cm. interesând toate ţesăturile moi, olecranul, şi deschizând articulaţia cotului.

Antebraţul şi mâna stângă atârnă inertă; impotenţa funcţională completă la nivelul acestui segment de membru.

Operaţia (Bona); In narcoză cu eter procedăm la exploatarea plăgii şi debridarea ei. După hemostaza şi lărgirea plăgii constatăm că olecranul este secţionat în totalitate, fiind desprins de cubitus dela baza lui. Articulaţia cotului e larg deschisă, suprafeţele articulare vizibil, lezate. Nervul cubital e secţionat complect la nivelul trecerii lui prin gutiera lui osoasă. Curăţim plaga de ţesuturile compromise, suturăm capsula articulară şi ţesutul fibros periolecranian în aşa fel, încât obţinem închiderea articulaţiei şi coaptarea celor două fragmente osoase. (olecranul şi cubitusul).

Procedăm apoi la sutura nervului cubital.

Cu un ac intestinal şi firul cel mai subţire (Celuloid-Braunzwirn No. 100) apucând numai ţesutul perineurotic (Neurilemm) şi amenajând cât mai mult ţesutul nervos, apropiem cele două capete ale nervului secţionat, fără să exercităm prea mare tracţiune, ori să strângem prea mult firele. Pentru a avea o coaptare mai bună şi a asigura sutura, recoltăm din regiunea vecină un segment de venă, de cc. 6 cm. lungime, o despicăm în sens longitudinal şi învelim cu ea locul de sutură aşezând-o în formă de spirală şi fixând-o cu puncte de sutură de ţesutul perineurotic deoparte şi unind turele de spirală între ele de altăparte. Drenăm prin cele două colţuri ale plăgii ţesuturile superficiale cu un mănunchi de fire de aţă şi închidem plaga cu fire întrerupte.

Imobilizăm membrul superior în întregime, inclusiv mâna şi degetele cu ajutorul unei atele de gips.

A doua zi dimineaţa la 12 ore după sutura constatăm că bolnavul poate mişca toate degetele dela nivelul mânei stângi inclusiv degetele IV şi V. Bolnavul însuşi observă acest fapt. Mişcările degetelor se menţin şi se măresc în zilele următoare. A patra zi după operaţie temperatura se urcă la 39 şi cu ocazia schimbării pansamentului constatăm la nivelul plăgii fenomene de intensă supuraţie, care ne obligă să deschidem plaga aproape complect. Se administrează vaccin Delbet, vaccin antistafilococic, Prontosil. Pansamentele se schimbă zilnic. Atela se păstrează tot timpul. Mişcările degetelor şi a mânei se menţin, cu toată supuraţia întregei regiuni şi articulaţiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In decurs de 1 lună supurația retrocedează. Atela se ridică și se încep din cot mișcările pasive și active. Degetele își păstrează mișcările tot timpul, ajuungând ca bolnavul să se poată servi de această mână.

Părăsește spitalul în ziua de 27/II 1937, la două luni după sutură.

La eșire constatăm; ușoara atrofie a interososilor, mișcările active ale degetelor IV și V se fac aproape normal. Extensia complectă e ceva mai limitată. Forța mușculară mai diminuată la această mână.

Bolnavul fiind chemat de noi pentru control la 1 an constatăm că atât mișcările mânei, a degetelor, cât și a jocului articulațiilor cotului, mânei, sunt normale. Ușaora atrofie musculară se mai observă. Asemenea și forța mușculară a mânei stângi e mai scăzută.

E de notat că după eșirea lui din spital s'a angajat la societatea telefoanelor ca lucrător, servindu-se perfect de bine de membrul superior lezat și putându-se urca pe stâlpii de telegraf pentru a monta sârmele, lucru nu prea ușor, având în vedere leziunea atât de gravă de care a suferit.

Dând descrierea cazului nostru, am dorit să insist asupra următoarelor particularități: bolnavul nostru a prezentat simultan secțiunea totală a nervului cubital a olecranului cu plagă penetrantă largă intra articulară. Cu toate că sutura primară nu s'a făcut imediat ci abia după 24 ore și într'un mediu septic, care a produs supurația plăgii și artrită purulentă, rezultatul acestei suturi nervoase precum și sutura olecranului au fost excelente.

Este cunoscut că unii dintre nervi se refac mai ușor ca ceilalți, astfel radialul este nervul care a dat cele mai dese și bune succese chirurgilor, pe când cubitalul, medianul și sciaticul nu se regenerează decât greu și în mod excepțional.

In cazul nostru cu toate că s'a instalat supurația articulației nu a rămas la nivelul cotului nici o anchiloză ori redoare. Ca detalii technice țin să accentuez că nu e bine ca sutura să prindă țesutul nervos, ci reunirea capetelor se va face apucând numai țesutul perineurotic. Asemenea nu e voe să se facă o adaptare prea strânsă, care ar putea încurba capetele cilindraxilor și să devieze evoluția lor în buna direcție.

Se va evita orice strivire a capetelor nervoase, asemenea vom da toată atenția ca însăși suturile să nu disocieze nervul. E bine să recurgem la transplantări de fascie, lambou de grăsime ori — cum am procedat și noi segment de venă — pentru a asigura sutura și evita aderența nervului cu vecinătatea.

Pentru a împiedeca compresiunea segmentului dela nivelul suturei prin retracțiune și degenerescență fibroasă a venei transplantate, am procedat la învelirea în formă de spirală a nervuului și a locului de sutură. Am preferat această transplantare de venă în modul aplicat de noi procedeelor celorlalte, preconizate de alți autori, ca **Vanlair** (tub de os decalcifiat) **Payr** (tub de magneziu) **Lotheissent** (gelatină solidificată) **Foramitti** (arteră de vițel solidificată prin formalină și alcool), metode cari nu au dat rezultate prea strălucite cum au demonstrat-o Nageotte și Dejerine.

In caz că există o reacțiune însemnată a celor două capete ale nervului secționat, metoda cea mai recomandabilă este de a recurge la grefe nervoase recoltate dela bolnavul însuși (musculo cutanatul) dela cadavru, ori mai bine grefon constituit dintr'un segment de nerv de animal (vițel) conservat în alcool. Metoda se aseamănă întocmai cu transplantarea grefoanelor de tendoane de vițel păstrate în alcool în

Digitized by Central University Library Cluj

cazuri de defecte tendinoase, procedeu preconizat şi de mine cu bun rezultat.

Nageotte a arătat că cilindraxii capătului central îşi află repede calea prin tecile nervului fixat prin alcool şi prin acest tutor intermediar întâlnesc cu uşurinţă capătul periferic cu tecile Schwann goale în cari pătrund. Cred că firul de catgut, firul de aţă, (f. subţire, Braunzwirn No. 100) e de preferat pentru asemenea suturi.

Prima condiţie de reuşită este evoluţia aseptică a plăgii. Utilizarea de substanţe antiseptice este vătămătoare, ele alterează ţesutul nervos.

Cu cât mai repede intervenim, cu atât succesul e mai sigur.

Pare că nervii motori regenerează mult mai bine ca şi cei cari conţin multe fibre sensitive (Foix).

Sutura secundară tardivă a unui nerv divizat şi nesuturat imediat s'a făcut în numeroase cazuri. Unele observaţiuni rare, au fost — ca şi cazul nostru — paradoxale, deoarece senzibilitatea a reapărut la câteva ore după sutura (Le Fort, Tilaux, Nicaise). Unii dintre autori au încercat să interpreteze aceste observaţii drept iluzii, alţii le-au explicat prin faptul că segmentul periferic a nervului secţionat s'a regenerat independent în mod parţial desigur, însă, suficient pentru a putea transmite influxul nervos imediat ce a fost unit cu cilindraxii capătului central.

Faptul că după coaptarea capetelor nervului secţionat, funcţiunea nervoasă a revenit imediat — fapt care e în contrazicere cu concepţia actuală a regenerării nervoase şi reparării secţiunilor nervilor — m'a făcut să insist asupra acestui caz şi să conclud că este posibilitatea dată ca o sutură nervoasă primară să aibă drept efect recâştigarea imediată a funcţiunei acelui nerv şi facultatea de a transmite influxul nervos, fără ca să treacă un interval de timp, de luni, necesar degenerării şi regenerării acelui nerv. Observaţia de faţă o aducem în sprijinul acestei concepţiuni.

Digitized by Biblioteca Universitatea "Ion Creanga" Iasi

T. BONA: *La suture du nerf cubital.*

L'auteur publie un cas personel de section total du nerf cubital combinée avec la fracture de l'olécrane et l'ouverture de l'articulation du coude. La suture primaire executée a donné un resultat excelent: quelques heures après la suture les fonctions (sensibilité et motilité) sont revennues; un fait en contradiction avec la théorie ancienne de la régéneration des nerfs. Il résume les notions de la technique de la suture et insiste sur le resultat excelent obtenu, quoique une suppuration abondante articulaire s'était instalée.

T. BONA: *La sutura del nervo cubitale seguita dell'imedaiat transmissione del influxo nervoso.*

L'autore descrive il suo caso presentando fuori di una sezione totale del nervo cubitale nel gomito, la frattura olecraneane anche l apertura del'articulazione del gomito.

A 24 ore dopo l'accidente şi fa la sutura primaria, poi a qualunque ore dopo la sutura, tanto la sensibilita come anche la motilita reviene complettamente, fotto che non corrisponde con le concezione attuale sopra la regenerazione nervosa.

Egli insiste sopra la tecnica della sutura nervosa, a sopra il resultato eccelente obtenuto, quando reviene la funzione nervosa, e nou rimanendo quantunque rigidita al livello del'articulazione, benche si ha fatto una artrita supurante a causa della infezione, e della sporchezza entrata nel'articulazione al ocazione del accidente.

Spitalul Filantropic
Serviciul Dermato-veneria

SIFILIS HEREDITAR TARDIV CU MANIFESTĂRI OSOASE MULTIPLE

de

Dr. V. DRAGOESCU
Medic Primar

Dr. A. DOBRESCU
Medic la Asigurările Sociale

OBSERV. — Fata Aneta A... de ani 15, din mediul rural, se prezintă la consultațiile Serviciului Dermato-Veneric unde este reținută pentru internare cu un proces ulcerativ în 1/3 inferioară a gambei drepte.

Ant. Heredo-Col. Ambii părinți în viață, aparent sănătoși. Tatăl în vârstă de 51 ani, mama de 49 ani. Mama a născut 7 copii toți în viață, bolnava fiind al 4-lea copil în ordinea nașterilor. Toți copii aparent sănătoși afară de un frate în vârstă de 14 ani — al 5-lea născut — care, suntem informați, a prezentat pe gamba stângă o leziune ulcero-gomoasă chiar cam la începutul internărei bolnavei. Consultat de medicul de plasă i s'a făcut un tratament antisifilitic, în urma căruia afecțiunea sus zisă a trecut.

Ant. personale. Istoric. Din interogatoriul bolnavei precum și din relatările unui frate mai mare (al 2-lea născut) care a însoțit-o și pe care l'am cercetat clinic și serologic și l'am găsit sănătos, nu putem culege decât că a fost sănătoasă aparent până acum un an, dată la care bolnava a fost vădit intrigată de dureri aproape continui în toate membrele care-i păreau „ca de plumb", dureri care le punea pe seama oboselei.

La scurt interval observă îngroșarea segmentelor osoase ale antebrațelor și gambelor cu apariția unor umflături ce constituesc în mod lent și progresiv adevărate diformități osoase.

Acum 2 1/2 luni apare pe fața internă a gambei drepte în 1/3 inferioară o mică tumefacție de colorație violacee, nedureroasă, care în scurt se videază de un conținut sfacelic. Marginile ulcerate câștigă periferia întinzându-se treptat până la dimensiunile actuale. Concomitent, se desvoltă pe umărul drept și în regiunea malară dreaptă câte un proces ce îmbracă acelaș aspect ulcero-gomos însă mai superficiale și care la internarea bolnavei sunt pe cale de cicatrizare.

Starea prezentă. Bolnava nedesvoltată pentru vârsta de 15 ani pare mai mult ca o fetiță de 11—12 ani. De înălțime 1,48 m. cu țesutul celulo-adipos prea puțin reprezentat, cu tegumentele de colorație palidă. Sânii șterși ca de copil, sistemul pilos pe axile și pubis absent. Organe genitale externe cu aspect infantil. Nu a fost încă menstruată. Cutia craniană de dimensiuni normale. Fruntea fără nici o particularitate. Pavilioanele urechilor ușor îndepărtate neprezentând nimic deosebit. Nasul bine înplantat fără vre-o înfundare cu tiraj normal. Pe umărul obrazului drept (regiunea malară) o cicatrice retractilă ușor rozată (proaspătă), neaderentă la os de dimensiunile unei monede de 2 lei.

Dinții de aspect, implantație și număr normali. Bolta palatină foarte ușor înfundată în ogivă. Pe toată cavitatea buco-faringiană nici o urmă, cicatrice, a

vreunui proces trecut. Ganglionii submaxilari, cervicali, ca dealtfel şi ai celorlalte regiuni prezintă o poli-micro-adenopatie marcată. Pe umărul drept o cicatrice neregulată întinsă neaderentă în profunzime de mărimea unei vechi monede de 5 lei (rublă). Braţele de dimensiuni şi aspect normale. La palpaţia humerusului nu se poate descoperi nici o diformitate osoasă. Articulaţiile coatelor îşi păstrează întreaga mobilitate. Ambele antebraţe diformate. Cel drept în 1/3 inferioară şi externă prezintă o tumefacţie dură, cu pielea intactă corespunzând epifizei distale a radiusului. Pe cubitusul drept nimic anormal. La antebraţul stâng ambele oase îngroşate, radiusul în jumătatea inferioară. Cubitus-ul în treimea medie şi dă aspectul unei labe de cârtiţă. Coapsele aspect exterior normal. Femurul nu se poate palpa îndeajuns pentru a ne da seama de vre-o modificare de formă din partea sa. Genunchii uşor tumefiaţi proeminenţi înainte. Gambele diformate din profil printr'o tumefacţie în jumătatea superioară a tibiilor. Pe gamba dreaptă în 1/3 inferioară şi pe faţa sa internă se află un proces ulcerativ de mărimea unui pod de palmă cu suprafaţa murdară, zemuindă, neregulată, mamelonată, de coloraţie violacee, murdară, cu marginile mai ridicate, pe alocurea cu o muchie albicioasă, infiltrate, îndurate, fără anfractuozităţi, tăiate à pic. Leziunea aderă întins la osul subjacent care este îngroşat şi ridicat printr'o reacţie osteo-periostică. Tegumentul înconjurător de coloraţie şi aspect normal.

Reflexele oculare şi vederea normale. Nici o turburare din partea auzului, mirosului, gustului, pipăitului. Reflexele cutaneo-tendinoase păstrate. Inteligenţa corespunzătoare vârstei. Examenul general visceral nu relevă nimic important afară de o splină percutabilă. Apetitul conservat. Scaunele şi urinile normale. Sero-reacţia B. Wassermann în sânge intens pozitivă † † † †.

Examenul radiologic, arată aşa cum se vede în alăturatele clişee: leziuni multiple generalizate de osteoperiostită ale oaselor lungi (Cubitus, Radius, Tibie, Peroneu), caracterizate prin neregularitatea conturelor osoase, prin îngroşări ale diafizelor care sunt sediul unor leziuni circumscrise (gome) subperiostice şi medulare (lacune), ce constituesc focare multiple de distrugere osoasă (osteită rarefiantă).

Bolnava este supusă unui tratament arseno-mercurial la care se adaugă iodurul de potasiu. Leziunea ulcero gomoasă pentru care s'a internat s'a vindecat în urma acestui tratament, lăsând o cicatrice întinsă. La părăsirea spitalului i s'a prescris modalitatea de tratament ulterior de urmat la domiciliu. Bolnava nu a mai fost revăzută de noi ne mai ştiind ce a devenit şi cum au evoluat leziunile osoase.

Biblioteca Universitară "Iaşi" Cluj

Acest caz este interesant pentru multiplicitatea atingerilor osoase prezentate de această bolnavă, bogăţia şi polimorfismul aspectului radiologic al acestor leziuni osoase.

Spirochetul invadează scheletul fatal în viaţa intrauterină pătrunzând pe cale sanguină în ţesutul osos cam la a cincea lună, fapt demonstrat de Bertarelli şi Volpini (1906) cari au găsit spirocheţii în periost, în măduva osoasă şi în zona de unire epimetaphizară. Manifestările sifilisului osos congenital până în doi ani se numesc leziuni ale sifilisului hereditar precoce, iar după doi ani de sifilis hereditar tardiv.

Leziunile osoase de sifilis hereditar, din prima copilărie, sunt: osteocondrita, periostita osifiantă, rarefiare osoasă, producţiuni exuberante, hiperplazice. Recent s'au descris de către Klaften şi Priesel din Viena, nişte bande transversale meta sau diafizare ce se văd pe radiografii în primele trei luni dela naştere şi care ar fi datorite, unui proces de osteo-condrită intra uterin întrerupt în evoluţie, prin supunerea mamei la tratament.

Manifestările osoase ale sifilisului hereditar tardiv cu maximum de frequenţă între 6—12 ani, putând merge până la vârsta de 30 ani, îmbracă forma terţiară a sifilisului tardiv ordinar. Totuş este greu a crede că un copil cu astfel de leziuni tardive nu a avut nimic în prima copilărie, ci mai degrabă că leziunile fiind prea puţin manifeste au trecut neobservate căci, după cum spunea Fournier, nu există sifilis

hereditar tardiv: există simptome tardive ale unui sifils hereditar necunoscut. Leziunile osoase de sifilis hereditar tardiv sunt: goma circumscrisă şi osteomielita difuză hiperostozantă.

Osteita sifilitică îşi are sediul în toate oasele lungi ale membrelor cu preferinţă şi în ordine: tibia şi cubitus apoi femur, humerus, radius, şi peroneu. Mai atinge dar destul de rar şi oase special rezervate tuberculozei ca falange, metacarpiene şi foarte rar vertebre, mai ales cervico dorsale. Nu permite niciodată concurenţa tuberculozei în clavicule.

Leziunea cauzală este o osteită gomoasă, adică o medulită sifilitică putând să-şi aibe sediul în canalul medular sau în măduva canalelor lui Havers sau în cea situată sub periost. Această gomă are tendinţa de a se întinde în lungime şi distruge ţesutul osos invadat. Ca în orice osteită se produce o reacţie de apărare, osul reacţionând printr'o osteită condensată o hiperostoză considerabilă. Reacţia peirostică la început nu este osoasă ci se produce fără infiltraţia de săruri calcare.

Mai târziu devine însă o hiperostoză veritabilă. O nouă gomă poate cuprinde osul vechi ca şi pe cel nou şi deci o altă reacţiune, o nouă hiperostoză. Repetarea puseurilor de osteită gomoasă în acelaş os dă naştere la suprapuneri şi încălecări de reacţiuni hiperostozante care dau creşterea de volum a osului şi neregularitatea lor.

Dar la fel ca în toate osteitele se provoacă şi o periosteogeneză prin iritarea cartilagelor de conjugare de exemplu: tibia în lamă de sabie care se încurbează prin creşterea în lungime între două articulaţii şi atela fixă a peroneului. Alteori tibia crescând se dislocă din alipirea fibroasă a peroneului, acesta rămânând a-şi uni capul de tibia mai jos ca de obiceiu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe placa radiografică, goma se manifestă printr'o pată clară şi hiperostoza printr'o zonă înconjurătoare mai închisă.

Cel mai des petele clare lăsate de gome se văd la epifize. In diafize se surprind mai rar deoarece hiperostoza se face rapid. Hiperostoza diafizei se prezintă sub forma unui fus care când este simetrică ne poate face să ne gândim la o leziune centrală.

Examenul radiologic în sifilisul osos este foarte important mai ales în cazuri de diagnostic dificil, când leziunea osoasă este minimă şi nu se asociază cu alte simptome concomitente de sifilis. Este bine de a se radiografia atunci când mai multe oase lungi, căci se poate prea frequent descoperi focare de osteită sifilitică ce altfel ar scăpa examenului clinic.

Tratamentul se va referi totdeauna numai la cel medical, adică tratamentul antisifilitic cunoscut la care se va asocia neapărat şi iodurul. Intervenţiile chirurgicale în asemenea cazuri au totdeauna consecinţe dezastruoase.

D-r Marian recomandă în aceste cazuri injecţiuni cu soluţie uleioasă proprie de iod, cu rezultate frumoase şi numai în urmă după vindecarea leziunei se institue tratamentul obicinuit pentru sterilizarea organismului.

Tratamentul va fi totdeauna la limitele suportabile şi prelungit, deoarece se prea poate ca leziunile să nu cedeze aşa uşor, sau vindecate să recidiveze.

PLANŞA I.

Fig. 2.— Humerusul, drept şi stâng.

Fig. 1.

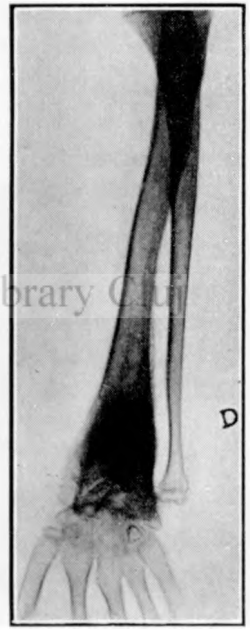


Fig. 3.— Cubitalul şi radialul, drept şi stâng.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PLANŞA II.

Fig. 4.
Genunchiul dr. şi stg.—Tibia şi peroneul în ½ sup.

Fig. 5.
Tibia şi peroneul în ½ inf. —Tibio-tarsiana dr. şi stg.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul Diciosanmartin
Serviciul neuro-psichiatric

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE SCHIZOFRENIE CU COLIBACILURIE

de

D-r MAREŞ CAHANE şi TATIANA CAHANE

Etio-patogenia schizofreniei este destul de complexă. Caracterul endogen al acestui sindrom a făcut pe cei mai mulţi autori să cerceteze în ultimul timp factorul hereditar şi constituţional. Dacă nu se poate nega predispoziţia hereditară sau existenţa unei constituţii somato-psihice, care a pregătit terenul psihozei schizofrenice — nu mai puţin se poate elimina rolul altor factori printre care trebue să subliniem glandele endocrine cât şi anumite infecţiuni acute sau cronice.

Se pune ca drept cuvânt întrebarea dacă aceşti bolnavi cu o constituţie somato-psihică moştenită — exprimată prin anumite modificări endocrine — nu prezintă un sistem nervos mai vulnerabil. Infecţiuni cronice, subacute, autointoxicaţiuni bine suportate de un individ cu optimum funcţional ar putea produce în cazul nostru diferite modificări nervoase determinând simptomele de schizofrenie. Cauze diferite şi multiple ar putea explica constatările cu totul diferite a unor cercetători serioşi. Astfel Dide, Guiraud, Buscaino, etc., au descris involuţia centrilor nervoşi subcorticali, Hecht şi Miskolczi etc. au găsit leziuni degenerative în diferite straturi ale scoarţei. Cercetările lui D'Hollander au pus în evidenţă leziuni inflamatorii cronice ale întregului encefal, (celule ganglionare, pia mater şi vase).

Encefalita letargică cât şi sifilisul nervos pot determina unele stări asemănătoare.

Ceia ce pot realiza unele leziuni inflamatorii, chiar destructive (scleroza în plăci — Handelsman), tumori cerebrale (Baruk) etc. poate fi determinat de o tulburare funcţională reversibilă (Claude) tulburări ale glandelor cu secreţia interior (Parhon) un sindrom humoral (Torgowla).

Complexitatea problemei rezidă în faptul că aceleaşi simptome pot fi determinate de o leziune destructivă sau de o tulburare funcţională a unor anumiţi centrii, — aceasta din urmă constituind un proces reversibil.

In cele ce urmează dorim să atragem atenţia asupra rolului infecţiei colibacilare, care asemănătoare infecţiunilor mai sus amintite, tuberculoza etc., ar putea determina simptomele de schizofrenie.

Claude, Baruk şi Forestier, Baruk mai ales, au atras atenţie asupra rolului netăgăduit al infecţiei colibacilare.

Încă de mult, unii urologi mai ales Lepoutre, au notat că în cursul unor infecţiuni colibacilare se pot observa turburări mintale. Baruk, care împreună cu Yong a studiat catatonia bulbocapninică a fost impresionat că în antecedentele catatonicilor între cauzele toxi-infecţioase a găsit tuberculoza şi colibaciloza. Vincent izolase o toxină neurotropă cu care a produs diverse tulburări nervoase, cu aceeaşi toxină Baruk a determinat de curând toate simptomele de catatonie, ca negativizm şi stereotipie. Autorul le apropie de somnul cataleptic şi onirismul din catatonia umană cu reacţiunile emotive şi impresive caracteristice.

Intr'un caz de catatonie cu infecţie colibacilară Baruk şi Devaux după seroterapia specifică, au obţinut vindecarea complectă.

Luând în consideraţie datele de mai sus ne-am gândit să publicăm şi cazul nostru.

Pacienta vine pentru prima oară în spital prezentând tulburări psihice de tip schizofrenic.

Antecedente heredo-colaterale: Părinţii sunt sănătoşi. In familie n'au fost cazuri de boli mintale. Mama n'a avut avorturi. Tata este fumător, suferă de tremurături discrete la membrul superior drept, accentuate mai ales la mână, de origine probabil parkinsoniană. Pacienta are o soră sănătoasă.

Istoric: In prima copilărie n'a avut nici o boală infecţioasă sau toxică. Este studentă, studiile liceale şi de facultate le-a făcut totdeauna ireproşabil.

Examenul somatic:

Tegumente: mate, pielea elastică.

Tesutul celulo-grăsos şi muscular: destul de bine desvoltat.

Sistemul pilos: abundent în regiunile elective.

Talia: 161 cm., Greutatea: 68 kg.

Semicirconferinţa dreapta şi stânga: egale.

Tipul cranian, subbrahicefal.

Faţa simetrică, rotundă, nasul uşor trilobat, dinţii buni.

Bolta palatină: ogivală.

Urechile: mijlocii, apropiate de craniu.

Gâtul scurt, glanda tiroidă: palpabilă.

Toracele bine: conformat.

Organele genitale: nu prezintă nimic anormal. Mamelele bine desvoltate pentru vârsta bolnavei. Menstrele neregulate.

Constituţia: atletică.

Reflexele oculare: conjunctivale, corneene se produc normal.

Pupilele: egale. Reflexul fotomotor: normal, reflexul la accomodaţie: normal.

Reflexele periosto-tendinoase: normale.

Examenele aparatelor respirator şi urinar nu arată nimic important, (albumină, zahăr negativ, sediment nimic particular, la cord rare extrasistole).

Examenul psihic: In ultimul an a avut de suferit o decepţie în sfera sentimentală. Surmenagiul din facultate cât şi şocul emotiv ar fi declanşat tulburările psihice pe care a început să-le prezinte acum 8—9 luni. Pacienta a devenit după spusele celor de-a casă irascibilă, oarecum excentrică, bizară, de ex.: în unele zile nu vrea să părăsească camera, să se îmbrace, a început să certe pe cei din jurul ei, în special părinţii, din când în când s'a putut constata un râs nemotivat explosiv şi chiar oarecare incoherenţă în vorbe.

A fost tratată în clinica neuro-psihiatrică din Cluj timp de câteva săptămâni. Luată acasă s'a prezentat ameliorată un timp, mai târziu însă din nou au apărut simptome de negativizm, râs nemotivat, stări choleroase. S'a notat deasemenea scăderea interesului pentru toate, în opoziţie cu temperamentul ei dinainte, când lua parte activă atât în vieaţa socială, ca studentă, cât şi în gospodarie.

Fiind adusă în serviciu de către părinţi, se prezintă bine orientată şi con-

ştientă oarecum de situaţie. Este foarte neliniştită şi indispusă, că a fost adusă la medici cari pot numai s'o îmbolnăvească. Judecata ca şi capitalul psihic în general este bine păstrat. Bolnava este inteligentă, are spirit de observaţie foarte agil şi just. Trebuesc subliniate tulburările afectivităţii, căci peste un ceas fiind lăsată singură se complace în starea aceasta şi ne confirmă, şi'n zilele următoare că trăeşte cele mai fericite clipe din vieaţa ei, când este lăsată singură. Îi place să rămâie izolată, fără nici o preocupare nici fizică, nici psihică. Zâmbeşte în faţa noastră fără motiv şi chiar explosiv, alteori aceasta se aude din odaia ei când este singură, şi traduce reticenţa bolnavei ce trăeşte într'o stare autistică. Ea neagă însă existenţa tulburărilor de percepţie, halucinaţiile. Este egocentrică şi excentrică. Dânsa afirmă că a fost bizară totdeauna, îi plăceau anumite persoane din familie şi nu putea să sufere pe alţii, fără ca să fie vre-o cauză

Se observă oarecare indiferenţă afectivă şi emoţională. Ar vrea să părăsească facultatea de drept pentru a începe medicina, mai târziu vrea să meargă la ştiinţele naturale, n'are un plan de viitor, este indiferentă. Putem constata şi unele incoherenţe în vorba, de ex.: „Eu am fumat 9 ţigări, iar drept a 10-a a fost pasărea făcută din cocă, ce am găsit în supa mea". Este instalabilă şi tot atât de indiferentă în unele hotărâri ce le declară, vrea să plece la Paris şi peste 10 minute rămâne aici pentru o vieaţă, căci îi place societatea de aici (din spital). Tot asta traduce o disociaţie între raţiune şi sentiment, voinţă şi acte. Are aversiune faţă de părinţi. Lipsa ori cărei iniţiative, abulie. Atenţia scăzută, vorbeşte puţin şi încet.

Reacţia Ballung-Müller etc.: negative în sânge şi l. c. r.

Pacienta este supusă unui tratament cu Hogival având în vedere tulburările menstruale, în urmă face un tratament cu extras de plex choroid Richter, fără să putem nota vre-o ameliorare. Starea psihică nemodificându-se, cu consimţământul familiei se inoculează malaria terţa. Nici malaria-terapia nu modifică mult tabloul clinic. Bolnava fiind studiată din toate punctele de vedere şi aflând că şi părintele ei are colibacilurie se examinează şi urina bolnavei şi se găseşte în urina ei deasemenea colibacilul. Se comandă dela Paris ser anticolibaciliar Vincent şi după tratamentul respectiv se poate nota o ameliorare a stării psihice. Totuşi nu suntem mulţumiţi şi începem un tratament cu insulină cu doze crescânde până la şoc ipoglicemic. Acest tratament a durat câteva luni după care s'a putut nota o ameliorare netă. Bolnava a reînceput să se intereseze de vieaţa socială, vieaţa studenţească etc., astfel că a fost redată societăţii.

In general am văzut că la o tânără fată de constituţie atletică, surmenajul la care s'a asociat o decepţie sentimentală şi o infecţie colibacilară au produs tulburări psihice de tip schizofrenic.

In aceaşi ordine de idei trebue să amintim că Prof. Claude, Baruk şi Forestier, au comunicat la Soc. Med. Psihologică (din Dec. 1932) stări schizofrenice consecutive infecţiei colibacilare. In 3 cazuri turburările mintale au apărut în urma pielonefritei acute. In alte 2 cazuri ele s'au desvoltat foarte încet în cursul unei colibaciloze cronice de lungă durată. Autorii insistă asupra paralelismului colibaciluriei cu stările schizofrenice, accentuând rolul neurotrop al exotoxinei colibacilare izolate de Vincent. Cazuri asemănătoare au fost raportate şi de alţi autori. După Baruk multe psihoze puerperale ar fi datorite aceleaşi cauze. Se pune cu drept cuvânt întrebarea de ce numai anumiţi bolnavi de colibaciloză prezintă tulburări mintale. Aceasta dovedeşte că, trebue să existe o stare constituţională sau o anumită disfuncţiune endocrină, care să pregătească terenul. Se poate că, involuţia centrilor să se facă mai uşor şi mai repede sub acţiunea unei stări infecţioase cum e tuberculoza, colibaciloza, etc. Din cazul nostru reese că trebuesc depistate toate focarele infecţioase (inclusiv dentare şi trebue mărită asimilaţia organismului. De astfel D-l Prof. Parhon a atras recent atenţie

asupra necesităţii influenţării asimilaţiei generale, nu numai cu ajutorul insulinei dar şi cu ajutorul celorlalte hormone cu acţiune asimilatorie.

BIBLIOGRAFIE

Baruk A.: La catatonie experimentale colibacillaire et les psychoses colibacillaires. Presse Medicale 14 Oct. 1933. — *Cahane M. und Cahane T.:* Neue Gesichtspunckte in der Pathogenese einiger Psichosen. Psychiatrisch Neurologische Wochen 1934—46—47. *Cahane M. e Cahane T.:* Considerazioni cliniche su un caso de schizofrenia catatonica con lesioni degenerative nel putamen. La riforma medica No. I 1937.—*Claude, Baruk et Forestier:* Société Méd. Psych. Dec. 1932 —Forestier: Thèse Paris 1932. — *Vincent:* Acad. de Science No. 180-1925 et No. 189-1929.

Considerations sur un cas de schizophrénie avec colibacillurie.

Les auteurs attirent l'attention sur la complexité des facteurs étio pathogéniques de la schizophrénie. Dans la plupart de cas sur un terrain héréditaire, une constitution somatique ou des modifications endocrines, le système nerveux est plus vulnérable et l'involution de certains centres corticaux et sous-corticaux explique l'apparition de la maladie. Cette involution peut être hâtée sous l'action de certaines autointoxications ou infections. Parmi les dernières la tuberculose et la colibacilose jouent un rôle assez important.

Après les données cliniques publiés par Claude et Baruk et surtout après les expériences de Baruk nous publions un cas de schizophrénie avec collibacilose. Le traitement serothérapique completé par l'insuline ont produit une remission assez importante.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Siropul de SPLENARMONE Vitaminat

ENERGIC RECONSTITUANT GENERAL ŞI ANTIANEMIC DE PRIM ORDIN
având hormoni hepato-splenici, extract de mucoasă gastrică şi supra-renale, acizi aminaţi, excitanţi ai sucurilor digestive şi vitamina B. cu acţiune anti-nevritică şi anti-pelagroasă.

ADULŢI: 6—8 lingurile pe zi.
COPII: 2—4 lingurile pe zi.

LES ETABLISSEMENTS BYLA, 26, Avenue de l'Observatoire, PARIS

Reprezentant General pentru România:
GEORGES VERGLAS
BUCUREŞTI, 3 — Precupeţii Vechi, 1.

Serviciul oculistic al Ambulatorului Casei de Asigurări-Lugoj

UN CAZ DE IRIDO-CICLITA TRAUMATICA CU CARACTER SIMPATIC VINDECAT PRIN REACTIVAREA UNEI MALARII VECHI

de

D-r VALER I. MUNTEANU

Printr'un serviciu de consultaţii de specialitate trec o serie de cazuri interesante. Tratarea, precum şi studiul ştiinţific amănunţit al acestor cazuri, intrând în atribuţia Spitalelor, unde de regulă sunt îndrumate ele, precum şi lipsa mijloacelor de documentare etiologică, chiar când tratamentul lor este ambulatoric, fac ca observaţiunile publicate de aceste servicii să fie relativ rare, rolul lor ştiinţific reducându-se de cele mai multe ori la simpla semnalare a cazurilor de un interes deosebit.

Biblioteca Centrală Universitară "Carol I"

Sunt totuşi cazuri a căror tratament ambulatoric şi urmărire ulterioară, pot da elemente practice utile şi sugestii vrednice de cercetări clinice.

Un asemenea caz am avut ocazia să observ la consultaţiile Ambulatorului Casei de Asigurări din Lugoj, a cărui publicare o cred interesantă.

In ziua de 12 Sept. 1937, se prezintă bolnavul H. Eugen, de 49 ani, domiciliat în Lugoj, de profesiune voiajor comercial.

Antecedente heredo-colaterale: fără importanţă.

Antecedente personale: n'a suferit de nici-o boală pulmonară, neagă infecţiuni venerice. In timpul războiului, în Italia a suferit de malarie, timp de 6 luni având zilnic accese, cu ascensiuni termice până la 41.8° C. De atunci până în 1934 a avut în fiecare an, câte o serie de asemenea accese, cu o durată de 1—2 săptămâni. Antecedente oculare negative. Prezintă doar un defect de refracţie pentru corectarea căruia poartă sticle potrivite.

Boala actuală. In 8 Sept. 1937, fiind intro călătorie de interes comercial, trenul în care era şi dânsul a fost atacat cu pietre. Rău voitorii spărgând geamul compartimentului în care se afla, bucăţi din sticla spartă au sărit în ochiul lui drept, producându-i leziuni grave. In proximul oraş i s'au extras câteva bucăţi de sticlă, aplicându-i-se tratamentul local necesar şi un pansament oclusiv.

La 12 Sept. se prezintă la consultaţiile ambulatorului cu următoarea stare oculară. Subiectiv: scăderea vederii, durerile oculare şi peri-oculare, lăcrămare şi senzaţia de corp străin. Obiectiv: deschidarea palpebrală a ochiului drept mai redusă, lăcrămare, conjunctiva bulbară intens congestionată pericheratic. Corneea prezintă o cicatrice lineară în cadranul infero-temporal, corespunzător orei 7, plecând dela 32 mm. de limb în sus şi înăuntru, pe o distanţă de 4—5 mm. Irisul cu desenul şters, pupila miotică şi cu reacţiile abolite. Mediile oculare se luminează. A. V.

5/20. La examenul oftalmoscopic făcut după midriaza provocată, se observă o voaloare a aspectului oftalmoscopic în porțiunea supero-internă.

Pe baza acestor simptome se pune diagnosticul de: Irită traumatică acută o. d. instituindu-se tratamentul obișnuit în asemenea împrejurări cu atropină, dionină, termofor, ochelari verzi și aktoprotin intravenos. Fenomenele inflamatorii oculare neavând tendința la dispariție rapidă și bolnavul manifestând o grabă imposibil de satisfăcut. In ziua de 25 Sept. este trimis în Spitalul de ochi din Timișoara. Acolo i-se continuă tratamentul local început, iar ca tratament general i-se fac injecții cu abijon. In plus i-se fac analizele de rigoare în direcția infecțiunii sifilitice și tbc. cari însă rămân negative. După un tratament de trei săptămâni, fenomenele oculare cedează în așa măsură încât bolnavul este eliberat urmând a-i continua tratamentul la ambulator până la complecta vindecare. Revine deci în ziua de 17 Oct., iar la 30 Oct., fenomenele inflamatorii erau complect dispărute. Ceeace a mai rămas era cicatricea corneană care era fină, se observă doar la o examinare mai atentă și nu conturba prea mult vederea care era de 5/10. La această dată bolnavul își reia ocupațiunile obișnuite fără a mai acuza vre-un neajuns.

După o perioadă de liniște obsolută de 4 săptămâni, bolnavul se prezintă din nou la consultațiile mele în ziua de 28 Noembrie cu aceleași plângeri, doar mai pronunțate și prezentându-se la ambii ochi. Obiectiv: lăcrămare foarte pronunțată, ușoară secreție conjunctivală. Pleoapa sup. o. d. tumefiată din cauza unui orgelet gigant apărut la acest nivel. Conjunctivele ambilor ochi intens congestionate pericheratic. Corneele prezintă o opalescență difuză, irisul cu desenul șters. Pupilele punctiforme. Mediile oculare abea se luminează. Reacțiile pupilare dispărute. A. V. a. o. 5/30.

Bolnavul refuzând internarea în Spital, se începe tratamentul adecuat. A doua zi sunt chemat acasă la bolnav, dânsul nemai putând face deplasarea la ambulator din cauza durerilor mari și a scăderii accentuate a vederii. Examinat bolnavul, prezenta un edem mai pronunțat al pleoapelor de ambele părți, ochii hipotoni, vederea redusă foarte mult, abia îi permitea orientarea prin cameră. Corneea opalescentă cu depozite pe fața ei posterioară, irisul cu desenul șters, iar pupilele miotice ocupate în parte de elemente exudative.

In fața acestei situațiuni, pe lângă tratamentul local obicinuit mai fac o injecție intramusculară cu 10 cmc. lapte. A doua zi găsesc pupilele în midriază, acuitatea vizuală tot scăzută, iar tensiunea intraoculară ușor mărită la examenul digital. Suprim atropina.

A treia zi, când voiam să-i repet injecția cu lapte, bolnavul prezintă un acces de malarie cu tremurături tipice și ascensiune febrilă de 39,8° C., ceeace mă face să renunț la injecția proiectată. Accesele s'au repetat de 5 ori în 5 zile consecutive, cu ascensiuni termice variind între 40 C. și 41,5. După primul acces fenomenele subiective au dispărut, iar cele obiective s'au ameliorat într'un mod apreciabil. La al 5-lea acces când s'a întrerupt malaria prin chininizare, după metoda clasică, toate fenomenele inflamatorii descrise au dispărut, ochii și-au recăpătat aspectul normal, iar acuitatea vizuală a revenit la măsura inițială. Ceeâce a mai rămas era o induraţie a pleoapei superioare a ochiului drept, la nivelul unde a fost orgeletul amintit deja. Pentru dispariția acestei induraţii și pentru a preveni apariția altor orgelete, am mai făcut bolnavului o injecție cu vaccin poli-microbian Delbet, 5 cc. intramuscular. In tot timpul acceselor malarice s'a continuat și tratamentul local.

In ziua de 18 Dec., bolnavul se prezintă la reexaminare când inafara unei cicatrici lineare fine în cadranul infero-temporal al corneei, nu se găsește nimic patologic la o. d. o. s. normal. A. V. o. d. 5/7; o. s.: 5/5. La această dată bolnavul este scos de sub observația regulată, urmând ca imediat după sărbătorile Crăciunului să-și reia îndeletnicirile profesionale. De atunci bolnavul a mai fost revăzut de câteva ori, ultima dată la 29 Mai 1938 și starea lui oculară se menținea ca și la părăsirea tratamentului.

Modul apariției, timpul, precum și simptomele ce caracterizau boala ce face obiectul acestui articol, mă îndreptățeau să relev caracterul simpatic al infecțiunei în chestiune, deși faptul că boala se manifesta într'un mod atât de acut ar pleda contra acestei teze.

In jurul oftalmiei simpatice se discută încă şi azi în lumea oftalmologică, în privinţa patogeniei ei s'au emis o serie de teorii, fără a se putea cădea de acord şi fără a se putea dovedi prin probe experimentale sigure valoarea absolută a vreuneia din ele. Ceeace este sigur e că, oftalmia simpatică este o irido-ciclită subacută ce apare după un traumatism perforant al unui ochiu şi care după trecerea unui anumit timp, variabil între 14 zile şi trei luni de obiceiu, provoacă fenomene identice şi la ochiul opus.

Simptomele ce caracterizează oftalmia simpatică în linii largi sunt: dureri de cap, dureri peri-oculare, fotofobie, lăcrămare, dureri la presiunea regiunei ciliare, mioză, exudate pupilare, depozite pe faţa posterioară a corneei, tulburări ale tonusului ocular şi scăderea treptată şi însemnată a vederii. Inafara acestei forme, mai sunt şi altele cari se manifestă prin modificări la nivelul polului posterior al ochiului.

Tratamentul oftalmiei simpatice nu cunoaşte mijloace sigure. Cu toate că sunt publicate numeroase cazuri de vindecare prin anumite medicamente, la alţi oculişti aceleaşi procedee nu au putut să dea rezultate satisfăcătoare. Din această cauză orice observaţie nouă publicată constitue o contribuţie la luminarea unei probleme grave care dă încă atâta de gândit.

Analizând cazul nostru, se pun următoarele întrebări: plaga corneană traumatică, vindecată atât de curând şi cu o cicatrice atât de fină a putut permite pătrunderea unor microbi cari să declanşeze o oftalmie simpatică; este vorba de o oftalmie simpatică adevărată sau infecţia ochiului opus este o simplă coincidenţă, ceeace e greu de admis şi în fine dacă există vreo legătură etiologică între inflamaţia oculară a cazului nostru şi orgeletul gigant al pleoapei superioare a ochiului traumatizat?

Orcât s'ar putea discuta în jurul acestor chestiuni, ceeace rămâne înafară de orice discuţie este rezultatul strălucit obţinut în cazul nostru, printr'o malarie redeşteptată, chiar întâmplător. Vindecarea obţinută, arată puterea terapeutică a malariei prin febră şi eventual alte elemente cari urmează a fi precizate şi constitue un argument în plus pentru a fi încercată şi în alte cazuri de oftalmie simpatică, în cari celelalte mijloace terapeutice s'au arătat ineficace. Cazul nostru mai dovedeşte îndreptăţirea propunerii făcute de noi în acest sens, la sugestia D-lui Prof. Michail, încă din 1931, într'un articol publicat în No. 3 al Clujului Medical din acel an.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IV.

Balneologie.

APLICAŢIUNILE PRACTICE ŞI INGRIJIREA BOLNAVILOR IN DECURSUL CUREI BALNEARE

de

Doc. D-r M. CANCIULESCU

Incep prin a aduce MULŢUMIRI Onor. Direcţii Balneo-Climatice din M-terul Sănătăţii, care în persoana Directorului său, Dl Dr Ştefan Anastasiu a bine-voit a mă înscrie „din oficiu" în programul acestui Curs de perfecţionare în Balneologie pentru medicii balneologi.

Şi FELICITĂRI pentru scopul de ordin practic ce se urmăreşte prin aranjarea acestui curs oficial, fiind — dacă nu mă înşel — primul curs de acest fel ce M-terul Sănătăţii a găsit cu cale să institue sub direcţia sa proprie şi prin organele sale de resort.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In această ordine de idei s'a fixat şi subiectul conferinţei mele, care va trata despre: „APLICAŢIUNILE PRACTICE ŞI INGRIJIREA BOLNAVILOR IN DECURSUL CUREI BALNEARE.

Imi voi permite numai să-I întregesc şi cu noţiunile de APLICĂRI PRACTICE — pe lângă acelea privind aplicaţiile practice adică procedeele sau metodele de ordin tecnic—aplicărri practice cari cer ca BOLNAVUL SĂ SE APLICE a executa cu sfinţenie cele ce i se recomanda; —MEDICII (cel de acasă şi cel dela băi) SĂ SE APLECE cu tot interesul asupra sănătăţii bolnavilor, îngrijirea sănătăţii acestora fiind scopul primordial şi capital al raţiunei curei balneo-climatice;— CU TOŢII: bolnavi, medici şi orice factori interesaţi într'o staţiune SĂ SE PLECE în faţa regulelor cari disciplinează o cură balneo-climatică şi-i asigură succesul.

Această conferinţă va umple unele lacune ale conferinţei ce am ţinut la Cursul similar de la Slănicul-Moldovei din toamna anului 1936, conferinţă intitulată „INAINTE, IN TIMPUL ŞI DUPE O CURĂ BALNEO-CLIMATICĂ", conferinţă care a fost întregită cu CONSIDERAŢIUNI DE ORDIN REGIONAL la Chişinău, în primăvara anului 1937 în cadrul Ciclului de Conferinţe Medico-Sociale ale Asoc. G-rale a Docenţilor Fac. de Medicină din România, şi la Temişoara în toamna aceluiaş an în cadrul „Zilelor Medicale" anuale.

Conferinţă ţinută în ziua de 4 Mai 1938 la băile Herculane în cadrul Cursului de perfecţionare în Balneologie pentru medicii balneologi.

Vom prezenta de rândul acesta câte-va noţiuni de caracter practic asupra CONDIŢIILOR PARTICULARE în cari se exercită o cură balneo-climatică;

asupra ACŢIUNEI GENERALE DE ORDIN FIZIOLOGIC a agenţilor hidro-balneo-climatici;

asupra INDICAŢIILOR şi CONTRA-INDICAŢIILOR lor;

asupra TECNICEI de urmat.

CONSIDERAŢIUNI DE ORDIN ANALITIC IN DIFERITELE CAZURI SAU SPEŢE CLINICE, aşa cum ele se prezintă medicului balneolog de către bolnavul care cel mai adesea cumulează mai multe afecţiuni — nu vom avea timpul să facem;

şi nici CONSIDERAŢIUNI DE ORDIN SINTETIC, în sensul, diferitele afecţiuni de ce staţiuni se reclamă, şi diferitele staţiuni ce afecţiuni reclamă.

Aceste consideraţiuni cari vor servi ca încheere, drept CONCLUZIUNI la Ciclul de Conferinţe referitoare la subiectul general „INAINTE, IN TIMPUL ŞI DUPE O CURĂ BALNEO-CLIMATICĂ" vor fi tratate cu altă ocazie.

* * *

Ca şi data trecută justificăm prezenţa noastră la aceste cursuri.

Noi reprezentăm pe MEDICUL PRACTICIAN care în tratarea bolnavilor săi se foloseşte între alte arme terapeutice de o cură balneo-climatică, pe care o prescrie bolnavului şi căreia îi scomptează efectele, din moment ce la întoarcere îşi ia în primire bolnavul.

Repetăm, este de mai mare importanţă comportarea bolnavului acasă în cele 11 luni, decât cea din staţie în luna dela băi.

De acea medicul practician este dator să-şi examineze bine bolnavul, ca să-l poată îndrepta unde trebue; — pentru aceasta trebue să mai aibă cunoştinţe precise de ordin hidro-balneo-climatic; — şi să cunoască şi staţiunea către care îndreaptă bolnavul, şi toate staţiunile diferite, cu multiplii lor agenţi de acţiune.

Şi este încă recomandabil a stabili relaţii scrise cu medicii balneologi locali, dându-le referinţe asupra bolnavilor săi.

Iată deci o primă aplicare practică, măsură imperioasă dela care abdică — şi trebue să o recunoaştem spre mai marele nostru regret — foarte deseori medicul de-acasă.

Exemplele sunt la îndemână; un Domn General cu scleroză cardio-aortică incipientă a fost trimis ani în şir la apele de la Karlsbad pentru o glicosurie uşor reductibilă prin alte mijloace; a trebuit să intervină în mod activ un PREA PLIN VASCULAR, pentru ca un specialist consultat să atragă atenţia bolnavului asupra trimiterei greşite şi menţinerii nepotrivite în staţiunea aceia, stabilindu-i adevărata indicaţie pentru băile carbo-gazoase.

In această ordine de idei ne permitem a crede că Onor. Minister ar trebui să se refere în utilitatea acestor cursuri oficiale de reîmprospătare a cunoştinţelor în materie hidro-climatică nu numai la medicii balneologi, ci la toţi medicii practicieni din ţară, funcţionari sau nu ai

Ministerului, îngrijirea sănătății publice făcându-se prin toți medicii.

Se pare că MEDICII DE ACASĂ, cum îi numim noi, au nevoe și mai mare de aceste cursuri, cunoștințele de ordin balneo-climatic ne predându-li-se în trecut în Facultăți, și nici în prezent, căci cu excepția Clujului, a cărui facultate de Medicină posedă de câțiva ani o catedră de specialitate, la Facultatea de Medicină din București de abia de anul viitor s'a creiat o catedră de Balneologie, iar la cea din Iași neexistând decât un Institut de cercetări științifice balneologice pentru specializați.

Pe bolnavul sosit în stațiune îl ia în primire, — când el nu se eschivează, și măsuri eficace ca să nu scape trebuesc luate în propriul său interes — MEDICUL BALNEOLOG.

De obiceiu acesta își cunoaște specialitatea și o va stăpâni mai bine pe măsura anilor de practică, cari îi vor deschide ochii asupra efectelor apelor stațiunei sale.

De cunoștințe noi în Balneologie sau de noutăți medicale în legătură cu specialitatea sa, cari să justifice rațiunea acestor cursuri de specializare — medicul nostru balneolog de azi nu are atât nevoe.

El are nevoe mai mult de cunoștințe medicale generale de ordin clinic și terapeutic, cari să-l facă și un bun practician — și pentru reîmprospătarea acestor cunoștințe este nevoe, dupe părerea noastră, ca organizatorii programelor acestor cursuri să se ocupe în mod special.

Specializarea în balneologie trebue făcută pe un fond general de cultură practică medicală și la decernarea diplomelor să se țină bine socoteală de această necesitate.

Digitized by Babeș-Bolyai University Library Cluj

Cura balneo-climatică este un element de tratare temporară a unui pacient, căruia nu-i poate singură șterge trecutul și nici rezolva viitorul.

Această cură nu este decât o OFENSIVĂ DE ORDIN FIZIOTERAPIC PRIN AGENȚI NATURALI, pentru prezent, care necesită o cunoaștere aprofundată a pacientului.

De aci nevoia practică a unui EXAMEN AMĂNUNȚIT și ȚINEREA SUB OBSERVAȚIE CONTINUĂ a bolnavului în tot timpul curei.

Ceea ce să recunoască specialistul, că nu o face întotdeauna.

Pentru motive multiple, la cari ne-am raportat în Conferința noastră din trecut.

Și dacă medicul de-acasă nu-și îndreaptă bine bolnavul, iar cel de aci nu-l examinează cum trebue — vă puteți închipui insuccesul atât de des al mult așteptatei cure balneo-climatice, pentru care omul cu mijloace modeste a făcut sacrificii grele și care se întoarce acasă cu o deziluzie în plus.

Exemple? să dau numai unul: pe o bolnavă de stenoză mitrală cu spute hemoptoice medicii de-acasă o trimet la Buziaș; balneologul de-acolo îi prescrie băi de acid carbonic; speriat și el de hemoptiziile cari se succed neîntrerupt, îi face placă radiografică care decelă congestia unui vârf, pe a cărei natură o indică ușor prezența bacililor Koch în spută.

O a treia măsură practică să o ia BOLNAVUL care nu trebue SĂ PLECE LA BĂI DE CAPUL LUI — cum face atât de des; și

ACOLO SĂ FACĂ CE I SE RECOMANDĂ — ceea ce foarte dese-ori nu face.

Mai este de luat în considerare APLICAREA DIN PARTEA STAŢIUNILOR BALNEARE, *prin organele lor administrative*, de a pune în valoare bogăţia nepreţuită a isvoarelor lor; — în condiţiuni cât mai avantajioase pentru vizitatori; — şi în mod cât mai complect, amenajându-şi condiţiile cari le lipsesc, precum restaurante pentru regimuri dietetice, instalaţii de băi de acid carbonic, de inhalaţii, educaţie fizică, mecanoterapie, cură de teren prin întreţinerea potecilor ş. a.

Este mare nevoe de această desfăşurare a mijloacelor de acţiune pentrucă un bolnav poate prezenta mai multe afecţiuni; — pentrucă diferiţii membri ai unei familii pot avea nevoe de tratamente variate.

Referindu-ne la minunata staţiune în care ne-am reunit în prezent, staţiune cu isvoare termale sulfuroase şi saline concentrate *radioactive*, staţiune de agrement în care toate pretenţiunile pot fi satisfăcute — ar fi o aplicare de utilitate practică ca:

să se mărească capacitatea de primire, pentru-ca în cele 2 luni de vară, anotimpul cel mai preferat, să poată veni mai multă lume;

să se facă instalaţie de inhalaţii, ca să se poată folosi şi pe această cale eficacele ape ale staţiunei;

să se promoveze mijloacele de educaţie fizică şi de gimnastică *raţională*, pentru ca dansul de seară, din sala închisă, să poată fi continuat ziua în stadioane deschise prin jocuri sportive;

Digital Collection Babeş-Bolyai University Library Cluj

să se contrabalanseze nefastele săli de jocuri la noroc prin amenajarea de săli de spectacole, de teatre, de cinematografe — pentru cari se vor găsi încă destui amatori;

să se dea o mai mare atenţie laboratorului de analize.

Staţiunile balneo-climaterice îşi măresc puterea de atracţiune şi forţa de acţiune prin multiplicarea tutulor acestor mijloace, cari lucrează eficace asupra corpului şi spiritului, cari RESPECTÂND INDICAŢIILE MAJORE ALE STAŢIUNEI realizează şi INDICAŢIUNILE MINORE, SECUNDARE.

In răsboiul terapeutic de ordin totalitar, care trebue exercitat pe toate fronturile, ofensiva balneo-climatică, redusă în spaţiu şi timp, trebue să aibă recurs şi ea la toate mijloacele de acţiune pe cari i le poate oferi o staţiune.

Intre aceste mijloace nu trebue neglijaţi nici agenţii farmacoterapici, adică medicamentele, la cari se recurge în aşa largă măsură acasă; — dupe cum acasă iarăşi nu trebuesc părăsite cu totul practicele fizioterapice dela băi.

Astfel la băi diureza care întârzie, sau constipaţia care nu cedează, pot fi combătute prin medicamente, cari măresc efectul apelor.

Acasă, plimbările zilnice, exerciţiile de cameră, curele parţiale şi reduse cu ape minerale şi băi artificiale, dieta mărginită la 2—3 zile pe săptămână — prelungesc acţiunea apelor.

Termin acest capitol al aplicărilor practice, atrăgând expresa atenţie asupra INGRIJIRILOR MĂRUNTE CARI, la băi precum şi în restul anului, PUN LA PUNCT TRATAMENTUL PRESCRIS, aşa cum viza micrometrică centrează vederea la microscop.

II.

In acest capitol vom expune în trăsături generale ACŢIUNEA FIZIOLOGICĂ (adică fiziodinamia, cu modul de acţiune fiziologică şi terapeutică, INDICAŢIUNILE, CONTRA-INDICAŢIUNILE, TEHNICA de aplicare, a principalilor agenţi naturali dintr'o staţiune, ape şi elemente meteorologice (de climat).

Indicăm şi recomandăm ca surse de documentare românească, de cari şi personal ne-am folosit, ROMÂNIA BALNEARĂ ŞI TURISTICA de Prof. Teposu şi Dr. Puşcariu şi No. 5—6/1937, special DE HIDRO-CLIMATO-BALNEOLOGIE, AL REVISTEI „MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ", număr care publică conferinţele expuse în cursurile de perfecţionare în Balneologie dela Sovata (1935) şi dela Slănic (1936), precum şi comunicările făcute la Congresul XVI de Balneologie dela Bucureşti (1937); — ca organe de documentare străină în special colecţia care formează LA BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE HYDRO-CLIMATOLOGIQUE şi apare sub direcţia Prof. Villaret.

A. AGENŢIII CRENOTERAPICI——CRENOTERAPIA

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Crenoterapia înseamnă tratamentul boalelor prin isvoare, anumite isvoare a căror apă graţie proprietăţilor fizico-chimice şi compoziţiei are proprietăţi farmacodinamice.

Aceste ape au fost numite „minerale"; după Linossier li s'ar potrivi mai bine denumirea de „medicinale".

De origină profundă vulcanică (ape juvenile, primitive) sau de suprafaţă (ape de infiltraţie), dupe compoziţia lor le împărţim cu Teposu şi Puscariu — şi prin aceasta urmăm clasificarea generală stabilită de diferiţi autori — în: ape slab mineralizate (termale simple sau reci); — ape carbogazoase; — ape alcaline (pure sau bicarbonatate sodice, alcaline clorurate sodice, alcalino—teroase sau bicarbonatate calcice, alcaline sulfatate sodice); — ape cloruro-sodice sau sărate simple, iodo-bromurate); — ape sulfuroase; — ape feruginoase; — ape teroase calcice sau diuretice; — ape sulfatate sau purgative; — ape radioactive; — băi de nămol; — băi de mare.

Ori care ar fi clasificaţia autorilor, CARACTERIZAREA UNEI STAŢIUNI O FACE, pe lângă COMPOZIŢIA APELOR SALE, COMPLEXITATEA CELORLALŢI AGENŢI TERAPEUTICI, între cari elementele climatului şi mijloacele adjuvante fizioterapice.

Prin totalitatea mijloacelor de cari dispune, o staţiune balneoclimatică permite instituirea unei TERAPEUTICEI COLECTIVE, individuală şi familială.

APELE OLIGO-METALICE (Teposu-Puşcariu) sau TERMALE SIMPLE (Linossier).

Aceste ape au o mineralizare slabă (nu trec de 1 gram substanţe solide la litru).

Sunt limpezi, fără miros şi plăcute la gust.

Reci sau calde (dela 22° C în sus).

Sunt ape higenice şi sedative.

Se administrează pe cale internă (ape de băut) când realizează spălarea organismului (în diferitele cataruri ale mucoaselor digestive şi urinare, în stările artritice) şi pe cale externă (băi) fiind resolutive, diaforetice, calmante (în stări nervoase; nevroze; dermato-nevroze; stări congestive, noi sau vechi interne, precum afecţiunile utero-anexiale, externe precum stări reumatice sau inflamaţia seroaselor).

Au cele mai întinse indicaţii şi cele mai restrânse contra-indicaţii.

La noi prototipul lor îl realizează Băile Episcopale şi Felix.

APELE CARBO-GAZOASE

Conţin mult acid carbonic liber (peste 1500 ctm. c la litru) şi puţine substanţe solide (sunt ape de duritate joasă).

Se întrebuinţează ca ape de masă şi în băi.

Efecte fiziologice: la interior, excită secreţia şi mişcările stomacului, măresc peristaltismul intestinal, sunt diuretice (în fosfaturii) şi calmante (pentru vărsături, ale sarcinei); — la exterior, în băi, excită tegumentele provocând o vaso-dilataţie periferică cu scăderea presiunei arteriale şi descongestionarea organelor profunde, înviorează şi tonifică organismul (în afecţiunile cardio-vasculare compensate).

La noi prototipul lor este reprezentat prin apele dela Buziaş şi Vatra-Dornei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Asupra mecanismului intim de acţiune al băilor carbo-gazoase a insistat cu detalii Dl Prof. P. Niculescu, Preşedintele Soc. de hidrologie, în raportul prezentat la Congresul XVI de Balneologie ţinut la Bucureşti în Iunie 1937.

APELE ALCALINE

Conţin Bicarbonat de Sodiu în proporţie de 1—8 la litru, şi când sunt reci Acid carbonic în cantităţi variabile.

Reci sau termale se împart, dupe compoziţia lor, în: alcaline pure; — alcaline clorurate sodice, alcaline teroase sau bicarbonatate calcice; — alcaline sulfatate sodice.

1. — APELE ALCALINE PURE, tip Matilda, se întrebuinţează la interior, sunt calde sau reci.

Acţiune fiziologică: calmante şi antispasmodice digestive, regularizează funcţiunile digestive (combătând aciditătile şi fermentaţiile anormale, dizolvând mucozităţile gastro-intestinale); — calmează ficatul şi căile biliare; — sunt laxative; — măresc alcalinitatea sângelui; — sunt diuretice; — favorizează exereţia acidului uric.

Indicaţiuni: afecţiunile stomacului şi intestinului (cu hiperaciditatea), inflamaţiile ficatului şi căilor biliare, afecţiunile litiazice şi inflamatorii ale căilor urinare, catarurile inflamatorii ale căilor respiratorii superioare, bolile de nutriţie (cu acidoză).

Contra-indicaţii: alcaloze, fosfaturie, stări cachectice.

O întrebuinţare prelungită trebue evitată, căci conduce la dispepsie, anemie şi cachexie.

2. — APELE ALCALINE CRLORURATE SODICE, tip Slănicul Moldovei, Olăneşti.

Conţin până la 5 gr. şi chiar mai mult la litru clorur de sodiu.

Sunt excitante şi tonifiante (pentru organismele slăbite); mai laxative.

Se administrază mai ales în afecţiunile căilor digestive în stare de inflamatie subacută.

3. APELE ALCALINO-TEROASE SAU BICARBONATATE CALCICE tip Borsec.

Conţin Bicarbonat de calciu şi magneziu până la 5—6 gr. la litru, cantităţi variabile de acid carbonic, ceea ce le face agreabile la gust şi le conferă calitatea de ape de masă.

Acţiune fiziologică: combat aciditatea stomacului, sunt laxative (puţin), diuretice (mult), nu măresc alcalinitatea organismului.

Sunt indicate ca ape de masă şi de administrat în toate formele de litiază, chiar în cea fosfatică alcalină.

4. — APELE ALCALINE SULFATATE, tip Karlsbad — noi nu avem.

Prin cantităţile mari de sulfat de sodiu au efect purgativ; — se întrebuinţează în afecţiunile biliare (efect colagog), în constipaţie (mai ales cu pletoră abdominală), în obezitate.

In general toate apele alcaline îşi găsesc întrebuinţarea în stările diatezice, artritice, acidozice, cu sau fără baraj al venei porte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

APELE CLORURATE SODICE SAU SĂRATE

Conţin cantităţi diferite de clorur de sodiu, dela apa de mare până la apele quasi saturate, cari lasă sarea să se depună (apele de ocnă); — cele slabe conţin până la 15 gr. la litru; — cele concentrate până la 150 gr. şi chiar 300 gr.; — cele mixte mai conţin acid carbonic, sau substanţe alcaline, sau iod, sau brom, sau pucioasă — elemente cari le variază compoziţia şi le nuanţează acţiunea terapeutică.

Sunt reci şi calde.

Acţiunea fiziologică: analgesică, sedativă, rezolutivă; — reconstituantă, remineralizantă, tonică, stimulantă; — activează circulaţia limfatică, schimburile nutritive, eliminările.

Administrate la interior (cele slabe şi cu acid carbonic) excită secreţia gastrică şi motilitatea intestinală, în cantitate mai mare având efect purgativ; — de aceia se dau în atonia gastro-intestinală; catarele gastro-intestinale; staza abdominală cu congestia ficatului, constipaţie, hemoroizi; stările diatezice artritice; —

sub formă de inhalaţii în catarul căilor respiratorii superioare; —

sub formă de băi (cele concentrate sau iodo-bromurate) în limfatism, scrofuloză — asupra cărora au o acţiune quasi specifică, în anemie, rachitism; — afecţiunile reumatismale cronice; — afecţiunile utero-ovariene exudative (la anemiate, debilitate, sterile); — nevralgii; — osteo-periostite, osteo-artrite tuberculoase; — afecţiuni

cardio-vasculare (când au acid carbonic) mai ales de natură reumatismală; — dermatoze cronice (lupus, eczeme, psoriazis).

Aceste ape încă se bucură de renumele de altădată în tratamentul fibroamelor uterine la menopauză, după diverşi autori.

Contraindicaţii: stările cardiace cu decompensaţie, predispoziţiile la stări congestive, afecţiuni acute sau accese acute ale afecţiunilor cronice.

La noi există la Ocnele Mari, Sovata, Herculane ş. a.

APELE IODURATE

Au acţiune rezolutivă şi regeneratoare; — de acea se întrebuinţează în stările cronice, inflamaţiile vechi, stările diatezice, artritice sifilisul terţiar, heredo-sifilisul.

Contra-indicaţii: stările înaintate de cachexie, stările acute, hemiplegiile recente — în cari fiind asociate mai ales cu sulful dau reacţii intense în focar.

La noi se află la Govora, Olăneşti ş. a.

APELE FERUGINOASE ŞI ARSENICALE.

Conţin 3—10 ctr. fer sub formă de sulfaţi sau carbonaţi de fer şi de obiceiu acid carbonic.

La noi avem la Buziaş, Vatra-Dornei, Vâlcele, Predeal, Slănic şi Olăneşti au încă un isvor feruginos.

Ape feruginoase-arsenicale avem la Dorna (Jud. C. Lung).

Se întrebuinţează pe cale bucală (când conţin şi acid carbonic, au gust astrigent, uşor înţepător, constipă), sub formă de inhalaţii, în băi.

Biblioteca Centrală Universală Iaşi

Au acţiune regeneratoare asupra organelor hematopoetice, sunt tonifiante.

Se administrează în toate formele de anemie, cloroză, limfatism (copii); — leucoree, dismenoree (la fete şi femei); — debilităţile generale, surmenaj fizic şi nervos, cu turburări sexuale, frigiditate, spermatoree; — dermatoze (apele arsenicale).

Contra-indicaţii găsesc în stările congestive, de natură tuberculoasă, cu predispoziţie la hemoptizii.

APELE SULFUROASE

Conţin sulf în stare de sulfuri sau de hidrogen sulfurat.

Se împart în a) APE SULFUROASE SODICE, cari vin din adâncime, au debit mare, sunt calde (termale), sunt foarte alterabile (prin oxidare sulful se precipită şi apele capătă un aspect lăptos); — b) APE SULFUROASE CALCICE ŞI SULFHIDRICE, ape originar sulfatate şi cari întâlnind în cale substanţe organice reducătoare se descompun; aceste ape sulfurizate secundar sunt reci; ele provin din stratele superficiale; — c) APE SULFUROASE MIXTE, printre cari mai principale cele clorurate şi iodurate.

Acţiune fiziologică: antiseptică, anticatarală, substitutivă trofică (la nivelul mucoasei bronşice prin eliminarea sulfului care intră în compoziţia mucinei (?), tonică şi excitantă (citate de Piery) asupra sis-

temului vago-simpatic, congestivă (la nivelul focarelor de inflamaţie cronică).

Acţiune terapeutică: lucrează prin hidrogenul sulfurat resorbit la suprafaţa pielei sau prin inhalaţie şi care intrat în torentul circulator se elimină la nivelul mucoaselor respiratorii, digestive şi renale; — prin termalitatea, prin acţiunea ionică a diverşilor compuşi, prin proprietăţile radioactive.

Determină o febră termală prin suscitarea reacţiilor în focar (ceea ce le contraindică în stările inflamatorii acute, congestive, la excitaţi, putând determina hemoptizii).

Mod de administrare: în băuturi, sub formă de băi şi inhalaţii.

Indicaţii majore: stările limfatice, scrofuloase torpide (mai ales cu manifestaţii cutanate şi mucoase); — afecţiunile catarale ale căilor respiratorii superioare (cu secreţii abundente şi fără fenomene de spasmodicitate; — inflamaţii cronice ale căilor urinare (pielite); — în toate afecţiunile reumatismale cronice (mai ales cele cari evoluiază pe fond diatezic artritic sau scrofulo-limfatic); — afecţiunile utero-ovariene răcite; — în unele dermatoze; — în sifilisul terţiar, pentru care „proba unei cure la apele sulfuroase" se impunea mai înainte, scontându-se pe fenomene de reactivare; şi care chiar dacă nu reactiva infecţia învechită şi cantonată, dar activa medicaţia mercurială şi-i atenuau accidentele prin facilitarea eliminării, făcând-o încă posibilă bolnavului care găsea la băi timpul disponibil unei cure mercuro-arsenicale-bismutice; s'au constatat beneficii reale la sifilitici cari mai înainte se tratau fără efecte vizibile, căci apele sulfuroase măreau absorbţia şi permeabilitatea meningelor; — în afecţiunile chirurgicale osteo-articulare cronice de orice natură, plagi, fistule atone.

Copyright © Central Medical Library Cluj

Contra-indicaţiile: se fac pentru stările acute inflamatorii catarale sau congestive; afecţiunile pulmonare cu tendinţă la hemoptizii; degenerarea miocardului; la prea slăbiţi, prea nervoşi, cachectici înaintaţi.

APELE TEROASE CALCICE SAU DIURETICE

Sunt ape alcaline teroase, de mineralizaţie slabă, cari conţin sulfat de calciu (0,50—2 gr %o), bicarbonat de calciu, unele şi acid carbonic în cantităţi variabile, care le conferă proprietăţile apelor carbo-gazoase şi le administrează în băi.

Reci sau termale, noi le avem la Căciulata, Govora (isvorul Ferdinand), Olăneşti (izvorul 24), Covasna.

Acţiune fiziologică: diureză apoasă, care spală organismul şi diurează moleculară care îl dezintoxică; — măresc uşor alcalinitatea organismului, conducând la disolvarea şi eliminarea acidului uric din sânge şi ţesuturi (tofi); — atenuiază catarurile inflamatorii uşoare dela nivelul tubului digestiv şi urinar; — micşorează excitabilitatea sistemului nervos vegetativ (prin elementul calciu).

Indicaţii majore îşi găsesc în afecţiunile căilor urinare litiazice şi catarale; — în afecţiunile tubului digestiv cu glandele anexe; — în stările diatezice artritice dobândite.

Contra-indicaţiile se fac pentru afecţiunile cardiace decompensate şi insuficienţa renală cu baraj renal pentru eliminarea apei şi a clorului.

APE SULFATATE SAU PURGATIVE

Conţin sulfat de sodiu şi magneziu (dela 2—122 gr. la litru).

La noi se află la Băltăţeşti, Olăneşti (isvorul 3).

Au efect purgativ; descongestionează organele abdomino-pelviene; lucrează contra barajului, circulaţiei portale.

Indicaţiile majore se fac pentru constipaţie, obezitate (în scop de slăbire), pletora sanguină generală (pentru expoliere seroasă).

Contra-indicaţiile sunt în inflamaţiile acute şi în stările cu excitaţie mărită a mucoasei intestinale.

APELE RADIOACTIVE

Sunt ape cărora radioactivitatea le conferă proprietăţi noi terapeutice.

Ape slab radioactive avem în foarte multe localităţi; apele termale naturale dela Herculane se bucură de o radioactivitate apreciabilă, care le creşte valoarea terapeutică.

BĂILE DE NĂMOL

Nămolurile sunt amestec de săruri (în primul rând clorurul de sodiu) cu diverse substanţe organice de origine vegetală sau animală.

Există nămoluri naturale şi artificiale.

Dupe compoziţie se disting nămoluri cloruro-sodice, feruginoase, sulfuroase, iodo-bromurate ş. a.

La noi există la Tekirghiol, L. Sărat, Amara, Budachi.

Toate nămolurile au proprietăţi radioactive.

Biblioteca Universitară University Library Cluj

Se întrebuinţează sub formă de cataplasme locale sau diluate în băi.

Îşi păstrează temperatura iniţială timp mai îndelungat.

Provoacă ulterior sudaţie intensă.

Nu trebuesc date la temperaturi prea ridicate (peste 38° C) precum şi nici la o durată prea îndelungată.

Au acţiune puternic rezolutivă asupra exudatelor sau inflamaţiilor periferice şi în mod secundar asupra celor profunde.

Sensibilizează puternic organismul la răceală (frig) şi curenţi.

Au contraindicaţiile de ordin general.

Asupra fangoterapiei, adică tratamentului cu nămol, au făcut studii aprofundate la noi D-nii General N. Marinescu cu colaboratorii săi Gh. Holban, V. Munteanu şi Dl Docent E. Hurmuzachi — în staţiunile Carmen Silva şi Budachi.

BĂILE DE MARE

Sunt adjuvante climatului marin.

Ele vor fi studiale odată cu proprietăţile climatului de mare, adică ale talassoterapiei.

TECNICA DE UTILIZARE A AGENŢILOR CRENOTERAPICI

Această tecnică este prezentată în trăsături generale cu mână de maestru de Dl Prof. Gh. Marinescu în articolul BALNEOTERAPIA ŞI ELOGIUL FIZIOTERAPIEI, articol care serveşte de „Introducere" la

suscitata Monografie de Hidro-Climato-Balneologie, ce revista „Mişcarea Medicală Română" a publicat în No. 5—6/1937, articol ce socotim că ar trebui reprodus şi în fruntea publicării conferinţelor acestui curs.

Amintim numai că o cură Hidro-minerală se practică prin ingestie de ape şi aplicare la exterior, precum şi parenteral.

Aceste metode se pot aplica separat sau asociat.

1. — INGESTIA DE APE.

Cantitaea variază dela 250—750, şi chiar până la 1500—2000 gr. în cura de diureză.

In prezent există tendinţă la diminuarea dozelor.

Momentul de administrare se face dimineaţa pe nemâncate şi înaintea meselor: apele grele până în prânz, cele puţin dure şi dupe prânz.

Modalitatea de administrare a apelor: deodată, în doze mai mari (efect cholagog sau purgativ); — divizat şi prelungit în cursul întregei zile (scop diuretic); — cu înghiţituri mici şi oarecare interval între pahare; — bolnavii se plimbă sau stau culcaţi (în timpul sau după ingestie, în cazurile de oligurie şi albuminurie orto-statică, de ptoză sau dilataţie de stomac) în cazuri de întârziere a rezorbiţiei sau de baraj portal; — apele se iau la isvoare sau domiciliu (hotel), când riscă însă să se altereze; — la temperatura naturală sau încălzită (când riscă a se altera prin perderea gazelor).

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Cluj

Căile de administrare: pe gură sau la suprafaţa mucoaselor (în scop de spălătură); mucoasa nasală (duşe nazală); faringe (gargarisme, pulverizaţii); tracheo-bronşii (humaj, aspiraţie, inhalaţie); stomac, intestin (spălături); căile genito-urinare (vagin, vesică prin irigaţii); mucoasa oculară (Linossier: nu există staţiune fără un atare isvor, dar nu există nicio staţiune în care să se trimită anume).

Reaciţi supărătoare sau accidente survin din cauza termalităţii (apele prea reci), compoziţiei (cele prea concentrate în anume substanţe), cantităţii (prea mare şi nu survine laxaţia sau diureza corespunzătoare).

2. — BĂILE (APLICAREA LA NIVELUL PIELEI).

Băile lucrează prin termalitate; prin influenţarea sistemului nervos sensitiv al pielei; prin absorbiţia de gaze (hidrogen sulfurat, acid carbonic, radiu).

Modul de aplicare: băi, jumătate de băi, duşuri, vapori, comprese, cataplasme.

Nu este locul să insistăm aici asupra necesităţii alegerei apelor de băi dupe scop, dupe compoziţia lor; — nici când trebue să fie generale, parţiale ş. a; — sau asupra celui mai bun sistem de încălzire sau răcire (cazul dela băile de aici); — nici asupra gradului de temperatură variabil dupe scop şi dupe toleranţa individului; — sau asupra duratei unei băi (niciodată peste 1/2 oră); — sau asupra necesităţii repaosului dupe bae, cu sau fără sudaţie; — asupra avanatjului băilor naturale în defavoarea celor artificiale (preparate la domiciliu).

3.— CALEA PARENTERALĂ, adică de introducere prin injecţii de doze mici sub piele — la neadaptaţi, susceptibili, sensibilizaţi, imobilizaţi — ca metodă de tranziţie, a fost încercată cu rezultate apreciabile; — la noi de D-l D-r Suhăţeanu şi Tănăsescu cu apele dela Herculane.

Cunoaşterea acestor noţiuni, nuanţate pe scară întinsă, este rezervată specialistului; ea angajează responsabilitatea lui.

Semnalăm *aici numai* CONDIŢIILE SPECIALE ALE BAILOR CARBO-GAZOASE. a căror temperatură trebue să fie destul de scoborîtă, ca să menţină dizolvat acidul carbonic, şi de ridicată, ca să fie suportate de cardiaci (Linossier); — ŞI ALE BĂILOR DE NĂMOL, al căror amestec trebue bine făcut, pentrucă aceste băi îşi păstrează mai mult timp temperatura iniţială şi corectarea temperaturei în timpul băi nu mai este posibilă.

In raportul D-lui Prof. P. Niculescu, prezentat în faţa Congresului XVI de Balneologie din 1937, sunt schiţate nuanţările ce trebuesc imprimate tecnicei de aplicare a băilor carbo-gazoase, după mecanismul lor intim de acţiune; — şi tot astfel pentru băile cu nămol în *raportul aceluiaş autor asupra aplicaţiei peloidelor române şi în* raportul D-lui G-ral N. Marinescu asupra fangoterapiei cu nămolul de Tekir-Ghiol, rapoarte prezentate la acelaş congres.

Mai semnalăm ACCIDENTELE sau reacţiile supărătoare, ce pot surveni în urma băilor, al căror studiu aprofundat pentru băile cu nămol dela Carmen-Silva a fost făcut de D-nii D-ri N. Ignătescu şi V. Munteanu, studiu ale cărui concluziuni se pot aplica la toate băile de concentraţie crescută.

Digitized by Academia de Studii Economice din Bucureşti

Aceste reacţii, în diferite grade, pot surveni imediat, fiind de ordin circulator (tensiunea scade, predispoziţie la congestii cerebrale), respirator (datorite mirosului de pucioasă sau modificări de ritm), digestiv (bolnavii slăbesc, se constipă), general (oboseală după câteva băi); — sau tardiv dupe câteva băi, când constau în reacţii în focar (exagerarea durerilor locale, dureri pe locul vechilor inflamaţii sau nevralgii, transpiraţie exagerată care predispune la nouă răceală pe pacientul sensibilizat la frig); — accidente cutanate (eriteme, sudamina); — turburări menstruale (menstrue precoce şi mai abundente); turburări neuro-psihice (oboseală generală, nervozitate la femei).

B. — AGENŢII CLIMATICI-CLIMATOTERAPIA

Utilizarea acţiunei diferiţilor factori cari caracterizează un climat intră în mare măsură la instituirea unei cure balneare.

Aceşti factori sunt multipli; necitind (cu d'Olsnitz) decât temperatura (răcoarea munţilor şi briza mării), lumina (luminozitatea şi iradiaţiile solare la munte şi la mare), presiunea atmosferică (mică la munte, excită hematopoeza), humiditatea şi uscăciunea *aerului* (în *diferite* grade), vânturile, aerul, natura solului şi vegetaţiilor — vedem ce acţiune complexă poate exercita un climat.

Adăogăm că acţiunea acestor factori este variabilă după anotimp, iar efectele asupra organismului variabile cu individul.

Ne luând în considerare decât rolul altitudinei (care asigură

compoziţia aerului, puritatea şi gradul de umiditate) şi al configuraţiei terenului, ne putem baza cu autorul precitat pe o CONSTANTĂ DE ACŢIUNE, de prescris bolnavilor noştri, constantă de acţiune pe care o foloseşte Dl Prof. D-r M. Sturza într'o conferinţă ţinută la Slănic (în 1936) până şi în tratamentul bolilor tubului digestiv.

Mai există o SIMILITUDINE DE ACŢIUNE a unora din factorii cari intră în compoziţia diferitelor climate; această similitudine care face pe d'Olsnitz să trateze cu acelaş succes în Serviciul său de copii dela Nissa tuberculozele chirurgicale ca şi pe cele viscerale şi pe Malgat să fi obţinut pe Coasta de azur rezultate remarcabile în tuberculoza pulmonară, prin helioterapia deconsiliată de cei mai mulţi autori — această similitudine de acţiune a diferiţilor factori climatici face ca alternativa „la munte sau la mare" să-şi piardă din valoarea sa categorică.

La recomandarea unui climat trebue totuşi să cunoaştem întrucâtva compoziţia elementelor lui (mai ales altitudinea şi configuraţia terenului), acţiunea fiziologică generală şi indicaţiile terapeutice.

DIVIZIUNEA CLIMATELOR. — Climatele se împart în: climate de altitudine (dela 800 metri), climate de mare, climate de câmpie (sau de altitudine joasă).

Fonsagrives spunea odată: „profitul care se trage dintr'un climat, depinde puţin de calităţile sale proprii şi mult de modul inteligent în care se foloseşte" (citat dupe d'Olsnitz).

Această folosire inteligentă ne priveşte pe noi medicii.

Toţi autorii admit existenţa unei „CRIZE CLIMATICE"; — indicaţia unei „ANTRENĂRI CLIMATICE; — nevoia unei „DOZĂRI A CLIMATULUI".

Inţelesul noţiunilor reese din simpla citare a denumirilor.

EFECTE FIZIOLOGICE. — 1) un climat de altitudine înaltă este rece, foarte însorit, de presiune joasă, cu aer rarefiat pur şi uscat, într'o atmosferă relativ stabilă.

Efectele unui climat de munte sunt tonice şi stimulante, determină creşterea schimburilor nutritive.

Se simt bine la munte surmenaţii, convalescenţii, anemicii; — toate formele de tuberculoză, mai ales cele viscerale, afară de cele evolutive şi cu tendinţe la hemoptizii; — bronchoreele se usucă la munte; — emfizemul nu beneficiază; — cu atât mai puţin cardiacul.

Precauţiile de luat în abordarea şi conducerea curei la munte sunt: deplasarea să se facă în perioadele oportune (vara şi iarna); — în afară de stadiile evolutive ale boalei; — să se prefere etapele intermediare; — a nu sta prea mult într'un loc, schimbările periodice fiind salutare.

2) Climatele de câmpie (altitudine mijlocie) au o acţiune mai puţin stimulentă; ele reprezintă etapele intermediare şi realizează cura de antrenament.

Sunt indicate la persoanele în vârste, în desechilibru uşor cardio-vascular, la emfizematoşi, evolutivi, febrili, hemoptoici.

3) Climatul marin se caracterizează prin temperatura constantă, luminozitate, gradul ridicat de insolaţie, puritatea aerului, un oare-care grad de umiditate, bogăţia aerului în oxigen, ozon, Cl Na şi iod.

Climatele marine stimulează şi tonifică organismul; — excită funcţiunile hematopoetice (ca şi muntele); — măresc pofta de mâncare şi favorizează funcţiunile digestive; — calmează nervii (prin priveliştea întinderii mării), uneori îi excită şi ridică tensiunea (prin sgomotul valurilor şi al vânturilor).

In practicarea curei marine adaptarea se face prin abordarea mării în mod progresiv (faleză, plaje, barcă, insule), pentru a evita reacţiunile de debut şi febra marină.

Climatele marine sunt de recomandat la convalescenţi, anemici, debili (prin tare hereditare), rachitici, scrofuloşi, limfatici, predispuşii la tuberculoză, pretuberculoşi, tuberculozele chirurgicale, ale seroaselor (peritonita tuberculoasă), formele torpide de tuberculoză pulmonară; dintre afecţiunile nervoase beneficiază numai deprimaţii.

Sunt contraindicate în afecţiunile broncho-pulmonare, afecţiunile reumatice, cardiacii decompensaţi, hipertensivii.

Ca şi pentru medicamente, într'un climat sunt cuprinse mai multe climate; dupe proprietăţile diferiţilor factori componenţi.

Câmpia nu vatămă nimănui.

Alternativa între munte şi mare prezintă după d'Olsnitz mai multe variante: nici munte, nici mare; — sau munte, sau mare; — şi munte şi mare, succesiv sau alternativ, prin acţiune continuă sau discontinuă (repaos la câmpie), asemănătoare sau variabilă (atenuarea altitudinei sau modificarea plajei).

Martinet (citat de d'Olsnitz) a găsit câteva formule, al căror arbitrar artificial trebue subliniat:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

climate puternice (de munte sau mare) la temperamente robuste, capabile de reacţiune;

climate atenuate (de câmpie sau marine atenuate) la temperamente slabe;

la mare braditroficii limfatici sau scrofuloşi;

la munte pretuberculoşii; la mare tuberculozele chirurgicale; la câmpie tuberculozele viscerale înaintate, congestivii şi evolutivii;

la climate de slabă altitudine astmaticii şi emfizematoşii; la climate de munte, adăpostite şi uscate, catarurile brronşice;

nici la munte, nici la mare — anginoşii, cardiacii decompensaţi, hipertensivi;

departe de mare, de vânturi, de umezeală — reumatizanţii;

la mare neurastenicul astenic;

departe de marea sgomotoasă, ca şi de altitudinele mari — neurastenicul agitat şi cei cu insomnie.

In punerea în practică a acestor formule trebue să intervină nuanţele, îngrijirile mărunte, noţiunile de dozare şi antrenament — a căror nerespectare face ca deseori copii limfatici şi scrofuloşi să se întoarcă dela mare mai slăbiţi şi nervoşi; — iar reumatizanţii să nu beneficieze de proprietăţile minunate ale nămolului nostru dela Tekir-Ghiol.

Am expus în conferinţa anterioară motivele acestor insuccese, dând şi exemple edificatoare.

C. AGENŢII MARINI — TALASSOTERAPIA

La acţiunea climatului de mare se adogă acţiunea băilor de mare.

Băile de mare calde (încălzite) au o acţiune asemănătoare cu acea a apelor clorurate sodice; — sunt sedative şi rezolutive.

Băile de mare reci lucrează prin temperatura scăzută a apei, prin mişcările valurilor, prin briza şi vânturile mării; — produc o reacţie primară de frig, prin vaso-constricţie periferică, căreia îi urmează o reacţie secundară, de vasodilataţie, utilă; — să nu aşteptăm fiorul secundar.

Tecnica unei băi de mare: ora de bae să fie aleasă între orele 10—5 b. m., cu excepţia a 3 ore după masă; — corpul să fie încălzit prin expunere la soare sau prin exerciţii corporale înainte de imersiune; — intrarea în mare să fie rapidă, regulată, totală; — în timpul băi să facem mişcări (exerciţii de nataţie); — durata să fie cât mai scurtă, de câteva minute; când individul este viguros şi apa este caldă, se poate prelungi; — o bae pe zi.

Indicaţiile sunt acelea ale climatului marin în general, în plus se cere un grad mai mare de rezistenţă şi de robusticitate.

Contraindicaţiile se fac pentru toate afecţiunile acute şi pentru cele cronice înaintate.

D. CURA DE AER (AEROTERAPIA)—CURA DE SOARE (HELIOTERAPIA).

Sunt mijloace de cură cari se pot practica peste tot.

Modul de acţiune, indicaţii, contraindicaţii, tecnică de aplicare — sunt prezentate în mod practic de D-l Prof. Gh. Marinescu în articolul menţionat „Balneoterapia şi elogiul fizioterapiei"; precum şi de D-nii Medic G-ral V. Marinescu, C. Adameşteanu, V. Munteanu în raportul „Les indications et les contre-indications des bains de soleil" prezentat la Congresul internaţional dela S-t Sebastian în 1933, reprodus în rezumat în „Mişcarea Medicală Română" No. 11—12/1937.

Această conferinţă face parte din Ciclul de conferinţe intitulat: „INAINTE, IN TIMPUL şi DUPE O CURĂ INTR'O STAŢIUNE BALNEO-CLIMATICĂ".

V.

Actualităţi terapeutice

TRATAMENTUL ŞI PROFILAXIA PALUDISMULUI CU MEDICAMENTE SINTETICE IN COMPARAŢIE CU CHININA.

Din cercetările Comisiei de Malarie a Societăţii Naţiunilor întreprinse pe 12.288 indivizi în Algeria, Italia, România, Rusia şi Statele federale Malaese, sub direcţia Prof. Sergent, Bastionelli, Ciucă, Sergieff, D-r Neave Kinsbury s'a alcătuit acest al 4-lea raport având la bază rezultatele acestor cercetări şi ţinând seama totdeodată de tot ce se publicase în literatura medicală asupra tratamentului paludismului.

Iată cari sunt concluziile raportului publicat în România Med. No. 5/1938:

ACŢIUNEA CHININEI ŞI A PRODUSELOR SINTETICE ASUPRA DIVERSELOR SIMPTOME ALE INFECŢIEI PALUDICE.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

A) Chinina.

1) Acţiunea asupra trofozoiţilor în infecţia primară. De regulă e nevoie de o doză zilnică de 1 gr., 5—7 zile, pentru ca trofozoiţii de pl. vivax să dispară în ziua 3-a. Aceleaşi constatări p. pl. malariae; p. pl. faliciparum rezultate analoage se obţin cu o doză zilnică de 1,30 gr. la doza zilnică de 1 gr., aceşti trofozoiţi rezistând mai mult. In multe ţări e nevoie şi de 2 gr. zilnic.

2) Acţiunea asupra gametocitilor de pl. vivax şi pl. malariae: Chinina, în dozele de mai sus, are acţiune paraziticidă atât asupra formelor tinere de pl. vivax şi pl. malariae, cât şi asupra gametocitilor. Asupra gametocitilor complect desvoltat de pl. faliciparum are acţiune foarte slabă împiedecă însă şi la această specie formarea pregametocitilor, chinina este deci pentru pl. faliciparum direct schizontocidă şi indirect gametocidă.

3) In dozele amintite, chinina are o acţiune manifestă asupra simptomelor clinice acute ale unei prime infecţii de terţă benignă, începând din ziua de 3 a tratamentului. Acţiunea ei asupra acceselor de terţă malignă este mai puţin sigură sau mai puţin rapidă.

4) Chinina are o acţiune evidentă asupra frecvenţei recăderilor variabilă însă cu factorul individual şi cu tulpinile de paraziţi.

5) Asupra splenomegaliei acţiunea chininei este de o eficacitate reală în mediu endemic şi mai ales la copii.

6) Tratamentul cu chinină în dozele amintite nu are nici un inconvenient pentru starea generală şi nici acţiune depresivă sau tocsică dacă durata lui e limitată la numărul de zile necesare.

B) Atebrina. Acţiune asupra trofozoiţilor.

1) In doza zilnică de 0,30 gr. la adult are acţiune mai rapidă asupra trofozoiţilor de pl. vivax, decât chinina, acţiune paraziticidă ce se întinde pe un timp mai îndelungat (se obţine o fază latentă mai sigură şi mai lungă), P. trofozoiţi pl. malariae acţiunea este de acelaş tip. Asupra trofozoiţilor de pl. faliciparum, acţiune deasemenea mai rapidă, aceştia dispărând din sânge după a 4-a doză în 90% din cazuri.

2) Asupra gametocitilor acţiunea atebrinei e de acelaş tip ca şi aceia a chininei mai eficace asupra gametocitilor din sângele periferic de pl. vivax şi pl. malariae.

Nu are acţiune sterilizantă asupra prezenţei gametocitilor de pl. faliciparum.

3) In terţa benignă şi malignă acţiunea atebrinei asupra simptomelor clinice este foarte eficace (pentru unele tulpine de pl. faliciparum mai energică decât chinina în terţa benignă uneori).

Pentru aceasta malariologii din ţările tropicale preferă în primele 2 zile ale atacului acut, chinina continuând apoi cu atebrina.

4) Acţiunea atebrinei asupra recăderilor e mai eficace ca aceia a chininei mai ales în terţa benignă.

5) Indicele splenic pare să scadă mai încet în colectivităţile tratate cu atebrină, faţă de cele tratate cu chinină. In schimb însă acţiunea atebrinei se simte un timp mai îndelungat după terminarea tratamentului.

6) Acţiunea atebrinei asupra stării generale, calităţilor de apărare ale organismului şi procesului de imunizare pare legată de factori ce nu sunt încă complect cunoscuţi.

Coloraţia galbenă a pielei în unele cazuri este deasemenea un neajuns.

C) Plasmochina.

1) Asupra trofozoiţilor de pl. faliciparum acţiune aproape nulă. Are oarecare acţiune asupra celor de pl. vivax şi mai ales de pl. malariae.

2) Plasmochina are acţiune asupra gametocitilor celor 3 specii de paraziţi malarici şi mai ales asupra celor de pl. faliciparum faţă de cari atât chinina cât şi atebrina nu are aproape nici o acţiune. In doză de 0,02 plasmochina sterilizează agenţii de pl. faliciparum micşorând în acelaş timp numărul lor.

3) Nu există nici o raţiune pentru întrebuinţarea plasmochinei singură pentru simptomele clinice ale accesului acut oricare ar fi formele infecţiei paludice.

4) Plasmochina are acţiune sigură asupra frecvenţei recăderilor pentru terţa benignă şi quartă. Asociată cu chinină sau atebrină sau dată după unul din aceste 2 medicamente, exercită o acţiune marcată asupra recăderilor de terţă benignă şi quartă — şi pare că micşorează deasemenea şi numărul recăderilor de terţă malignă.

Cluj Univ. Central University Library Cluj

5) Nu există până în prezent date suficiente pentru determinarea acţiunei plasmochinei asupra splinei în colectivităţi impaludate.

Dozele de 0,02 gr. plasmochinină par a nu avea acţiune depresivă gravă asupra stării generale a bolnavului.

Intrebuinţarea prelungită poate influenţa asupra neoformării hemoglobinei.

D) Asociaţia chinină-atebrină, chinină-plasmochină, atebrină-plasmochină.

1) Se pare că nu e de folos a întrebuinţa în acelaş timp chinina şi atebrina. Rămân încă de cercetat efectele acestor două medicamente administrate unul după altul, în special pentru pl. faliciparum.

2) Asociaţia chinină-plasmochină provoacă mai rar simptome toxice decât aceia atebrină plasmochină. Deşi se recomandă a se da cele 2 medicamente unul după altul, totuşi în tratamentul unui grup de adulţi (soldaţi, lucrători) ce pot fi supraveghiaţi se recomandă întrebuinţarea lor simultană, ce scurtează durata tratamentului.

In terţa benignă şi quartă asociaţia quinină plasmochină este o foarte eficace metodă de tratament. Se dă doze mijlocii de chinină (1—1,5 gr.) şi 0,02—0,03 gr. plasmochină de 2 ori pe săptămână — metodă ce reduce foarte mult numărul de recăderi.

Asociaţia atebrină plasmochină pare să sporească toxicitatea ambelor medicamente, deci nu trebuie întrebuinţată mai ales fără supraveghere medicală. Se poate însă administra după 5—7 zile de 0,30 gr. atebrină şi plasmochină. 0,02 gr. zilnic, timp de 5 zile, metodă ce scade numărul gametocitilor şi-i sterilizează — cu deosebire în terţa malignă — scăzând remarcabil şi numărul recăderilor pentru toate formele.

Regulile acestea nu sunt imperative, în stabilirea tratamentului individual trebuind să se ţină seamă de:

1) Varietatea reacţiilor diverselor tulpine de paraziţi şi varietatea de reacţie a bolnavilor faţă de medicament.

2) Indicațiile speciale ale căii parenterale.
3) Unele neajunsuri ale produselor sintetice.

TRATAMENTUL INDIVIDUAL.

După stabilirea diagnosticului și speței de parazit prin microscop: p. pl. vivax se poate întrebuința indiferent chinina sau atebrina plasmochina — după aceste medicamente pare că micșorează numărul recăderilor.

Pentru pl. faliciparum este util a asocia plasmochina cu chinina sau a o da după atebrină pentru acțiunea ei asupra gametociților și recăderilor.

TRATAMENTUL COLECTIV.

Atebrina 0,30 gr. pentru adulți — sau chinina 1,30 gr. timp de 5—7 zile.

Este folositor ca după chinină sau atebrină să urmeze plasmochina pentru a micșora numărul gametociților și posibilitățile de recădere.

Alegerea unui medicament de bază pentru tratamentul colectiv se face ținându-se seama de circumstanțele locale economice, etc., avându-se însă în vedere și scopul urmărit:

1) Obținerea unui cât mai mare număr de vindecări radicale.

2) Reducerea la minimum a posibilităților de transmisiune ale paraziților la țânțari.

PROFILAXIA MEDICAMENTOASĂ COLECTIVĂ.

Este făcută cu 2 scopuri:

1) Pentru protegirea populației supusă tratamentului profilactic față de manifestările unui paludism endemic păstrându-se puterea de muncă și o stare relativă de sănătate, fără a împiedeca premuniția.

2) Pentru a scădea eventual isvoarele de infecție p. fauna locală de țânțari.

Pentru atingerea acestui scop trebuie o colectivitate disciplinată și sub o supraveghere severă. Experiența arată că se pot obține rezultate foarte satisfăcătoare în tot timpul sezonului de transmisiune a paludismului, întrebuințând doza zilnică de 0,40 gr. chinină sau în anumite condițiuni, doze bihebdomadare de atebrină (dela 0,20—0,40 gr.).

Digitized by Google Digitized by Google

Inocuitatea chininei permite administrarea ei de agenți subalterni, supravegherea medicală pentru atebrină este însă necesară. Doza zilnică de 0,05 gr. atebrină preconizată de unii pentru profilaxie s'a arătat insuficientă.

Plasmochina nu trebuie să fie distribuită profilactic fără recomandație și control medical.

ERADICAȚIA MEDICALĂ.

Din punct de vedere practic s'a văzut că eradicația paludismului într'o localitate este imposibilă de obținut numai prin tratament curativ și profilactic neputându-se ajunge astfel la suprimarea paraziților la toți purtătorii.

Subliniem participarea D-lui Prof. M. Ciucă la alcătuirea acestui raport.

D-r Marius Paraschivescu

* * *

UN NOU TRATAMENT MEDICAL AL ANEXITELOR
BLOCAJUL ANESTEZIC.

D-nii Prof. C. Daniel și D. Mavrodin au descoperit un tratament nou, extrem de eficace al anexitelor; acest tratament de ordin medical, la îndemâna tutulor medicilor și de scurtă durată, a format obiectul unui raport la al VIII Congres român de chirurgie, care a avut loc la București în 1937, iar resultatele au fost comunicate și la Congresul Internațional de obstetrică și ginecologie, care a avut loc în luna Mai 1938 la Amsterdam.

El constă în „blocarea" la bazin a suferinței femei, împedecând-o

de a avea repercuţiuni asupra organelor vecine sau asupra întregului organism; şi această blocare se face prin „anestezierea" — de aci denumirea de „blocaj anestezic" — a plexului simpatic pelvian (hipogastric inferor), printr'o soluţie de novocaină 1%.

Tecnica acestei metode, care merită a purta numele autorilor ei, numindu-se Metoda sau procedeul Daniel-Mavrodin, se inspiră dela cercetările lui Leriche asupra influenţării terminaţiilor simpatice prin novocaină; constă în a injecta câte 5 ctm. din soluţia de novocaină 1% printr'o seringă cu ac de 12 cm., de o parte şi alta a colului uterin scoborît uşor printr'o pensă tractoare; se introduce acul în fundurile de ac vaginale laterale, paralel cu colul pe o lungime de 1 ctm., şi apoi i se dă o direcţie oblică înăuntru şi înapoi, pe o nouă lungime de 2 ctm.

Indicaţiile se găsesc în tot felul de anexite, acute sau cronice, simple sau kistice, stinse sau în evoluţie, primitive sau recidivante.

Contra-indicaţiile se pun numai pentru formele cu supuraţie şi anexitele de natură tuberculoasă.

Efectele constau în: vindecări anatomice şi funcţionale în 50—66% şi ameliorări funcţionale în 26—39%; în 70 cazuri (idn 90) este de ajuns o singură injecţie; — durata de internare în spital a variat între 5—32 zile şi în acest timp bolnavele n'au fost supuse la niciun alt tratament, putându-se mişca în libertate; — durerea a dispărut repede, în 30 cazuri dupe 24 ore şi deci o singură injecţie; în 15 cazuri dupe 4—7 zile şi prin 2—3 injecţiuni— — hemoragiile, cari predomină în 4 cazuri, au încetat dupe 2—4 zile; — leucorea intensă în 8 cazuri (din 90) a diminuat pe loc şi progresiv; — febra a dispărut în 40 cazuri (din 48) dupe 24 ore, în 7 cazuri dupe 3—8 zile.

Modul de acţiune al blocajului anestezic nu se poate explica, dupe autori, decât prin suprimarea sau devierea funcţională a simpaticului, care prin îndepărtarea durerii, să influenţeze irigaţia şi să determine, posibil, şi o vaso-dilataţie pasivă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un avantaj, în plus, îl găsesc autorii metodei în repercuţiile de ordin social şi biologic prin restabilirea rapidă şi integrală a sănătăţii genitale a femei; în economia rezultată din scurtarea tratamentului în spitale şi acasă; în uşurarea condiţiilor de tratament, care capătă întru câtva caracter ambulator.

M. C.

* * *

TRATAMENTUL SIFILISULUI
IN LUMINA ANCHETEI EFECTUATE DE SOC. NAŢIUNILOR

Prof. H. Martenstein, directorul clinicei dermatologice din Dresda, a expus în calitate de raportor, în Buletinul trimestrial al organizaţiei higienei de la Soc. Naţiunilor, Vol. IV, No. 1/1935 datele unei anchete efectuate în 5 ţări sub auspiciile Soc. Naţiunilor, asupra celei mai bune metode de tratament al sifilisului.

Comitetul de Igienă al Societăţii Naţiunilor dă noi directive în combaterea sifilisului în urma anchetelor făcute în unele clinici şi dispensarii din diferite ţări. Ca urmare experţii s'au întrebat dacă o revistă statistică a diferitelor metode de tratament în clinici, dispensare, etc., n'ar da o idee mai bună asupra eficacităţii diverselor metode. Profesorul H. Martenstein a analizat 25.623 fişe provenind din 94 servicii a 5 ţări şi anume: Anglia, Danemarca, Franţa, Germania şi Statele-Unite ale Americei. Fişele corespundeau la 14.200 bărbaţi şi 11.414 femei. Concluziile raportului făcute de Martenstein arată că se poate distinge un mare număr de caractere comune comparând toate metodele de tratament care au fost eficace şi au dat rezultate bune: 1) recunoaşterea eficacităţii însemnate a lui 606 şi a preparatelor similare, — iar pentru a compensa acţiunea mai slabă

a lui 914 este o tendinţă de a mări doza pentru o injecţie la 0.60, 0.70 şi 0.90 gr.; 2) gruparea injecţiilor cu preparate arsenicale care se succed la interval mai apropiat la începutul tratamentului; 3) doza totală în fiecare cură,mică pentru femei, doza pe injecţii şi doza totală puţin mai mică ca doza la bărbaţi; 5) administrarea bismutului în doze pe injecţii şi doze totale ridicate; 6) intervalele între fiecare cură de tratament discontinu sunt relativ scurte; 7) tendinţa de a trata sifilisul primar sero-negativ ca şi celelalte stadii ale sifilisului recent

In urma discuţiei raportului Prof. Hartenstein experţii au formulat: tratamentul trebue prescris cât se poate de repede în stadiul primar sero-negativ, din acest punct de vedere e de preferat a se recurge pe cât posibil pentru diagnostic la examenul microscopic al secreţiunilor leziunilor primare şi a seriozităţii ganglionilor; 2) experţii insistă asupra faptului că instituirea ori-cărui fel de tratament descris mai jos trebue să fie precedat de un examen clinic; 3) în timpul tratamentului este esenţial ca bolnavul să fie supus unui control viguros, în special aupra stărei mucoaselor, a pielei, a rinichilor, ficatului, etc.; 4) tratamentul terminat, bolnavul trebue să fie supus unei observaţiuni clinice şi serologice de o durată care nu trebue să fie mai mică de 3 ani; 5) o analiză serioasă a lichidului cefalo-rachidian este indispensabilă, cel puţin înainte de terminarea perioadei de observaţie; 6) principiile după care trebue să se inspire medicul în cursul tratamentului sunt: a) să se întrebuinţeze la fiecare injecţie o doză relativ mare de arseno-benzol, bismut sau mercur, administrând dozele la intervale relativ mici, mai ales la început; b) să se ducă o luptă fără întrerupere împotriva maladiei, evitând a se lăsa un interval prea mare, care ar permite paraziţilor de a se înmulţi; c) să se trateze cazurile primare tot aşa de energic ca şi cazurile secundare.

Studiul documentat nu permite de a se pronunţa asupra avantagiilor tratamentului discontinu, care necesită o serie de injecţii foarte apropiate, separate prin intervale de odihnă de câteva săptămâni şi avantagiile tratamentului continu.

Asupra acestui documentat raport şi a concluziilor, cari au fost trase de experţi, a făcut o recenzie detaliată D-l D-r Longhin în „Revista Ştiinţelor Medicale" No. 11/1935.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste date se suprapun exact celor preconizate de ani de zile de D-l Prof. *St. Nicolau,* directorul clinicei dermato-venerice din Bucureşti, date expuse în mod luminos în articolul, apărut în broşură, *Consideraţiuni critice referitoare la tratamentul sifilisului,* publicat în revista „Mişcarea Medicală Română" No. 1—2/1936.

M. C.

* * *

BUFOTERAPIA
O NOUĂ MEDICAŢIE PRIN VENINUL DE BROASCĂ

Numele vine dela „Bufo vulgaris", broasca râioasă, al cărei venin se bucură de proprietăţi farmacodinamice utilizate în medicină.

Intr'o broşură de 59 pagini, format în 16, apărută în Libraria medicală Marcel Vigné din Paris, D-l D-r R. Cornilleau, laureat al Fac. de Medicină din Paris, expune istoricul, dealungul secolelor, al veninului de broască răioasă, obiect de vrăjitorie şi otrăvire în antichitate şi evul mediu citat de Ambroise Paré şi Claude Bernard; obiect de studiu pentru Pelletier, Césaire şi M-me Phisalixe, Bertrand, Gidon; — subiect de inspiraţie lui Jean Rostand pentru „La vie des crapauds" (1933) şi de vulgarizare pentru I. Regnault în „Le crapaud en thérapeutique" 1937.

Veninul de broască răioasă, care pe vremuri făcea parte din compunerea „teriacului", conţine 2 princii toxici, a căror acţiune fiziologică seamănă cu acea a digitalinei şi adrenalinei; el este secretat, sub o formă mucoasă de numeroasele glande mucoase răspândite la suprafaţa corpului; sub o formă granulară, veninul dorsal, de 2 mari glande, parotoidele, situate de fiecare parte a gâtului, din această formă s'au isolat bufotalina şi bufotenina, cei 2 mai puternici principii activi.

Pentru broască el serveşte ca mijloc de apărare şi imunitate.

Tecnica: se injectează intramuscular, zilnic sau la 2 zile, 2 ctm. de extract apos al veninului prelevat din glandele parotoide şi dozat la o jumătate — unitate şoarec.

Injecţiile sunt indolore, uneori sunt însoţite de o uşoară reacţie locală, mai dureroasă la febricitanţi, şi astenici la cari se recomandă a începe tratamentul cu un sfert de doză.

Indicaţiunile se fac pentru tot felul de anemii, astenii, insuficienţe glandulare, depresiuni; — pentru eczemă, pruriturí, astm, epilepsie, migrene rebele, artrite de origine umorală (Lumière); — în hidropizie (Lémery); — în metrite, metroragii, salpingite; — contra hipertofiei de prostată; — în tuberculozele cachectice, obicinuit cavitare; — contra cancerului şi mai ales contra predispoziţiunilor canceroase ca profilactic prin modificarea terenului.

Modul de acţiune. Veninul de broască are o acţiune sinergică toni-cardiacă, vaso-constrictoare şi hipo-secretantă.

El lucrează asupra simpaticului.

In cancer ar exercita o acţiune eclectică asupra ţesuturilor canceroase, dar mai ales modifică terenul şi redeşteaptă reacţiunile de apărare; în orice caz printr'o acţiune analgezică calmează durerile şi prin aceasta face bolnavilor viaţa suportabilă şi o prelungeşte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorul complectează lucrarea cu 3 observaţii clinice personale şi relatarea altor obs. din practica adepţilor a tratamentului cu venin de broască, căruia îi prezice cel mai frumos viitor mai ales în imunizare, prin tonifierea organismului şi deşteptarea mijloacelor de apărare naturală.

O bogată bibliografie dovedeşte că asupra acestui tratament a fost atrasă atenţia multor cercetători din Franţa şi alte ţări, din timpurile cele mai vechi şi până azi când se speculează asemenea încercări fericite de terapeutică în favoarea vechei doctrine a humorismului, închegată în prezent în teoria neo-hipocratismului.

M. Cânciulescu

VI.

Cărţi — Monografii.

româneşti.

MANUAL DE ENDOCRINOLOGIE
(vol. I)
SINDROMELE ENDOCRINIENE
de
Prof. C. I. PARHON, M. GOLDSTEIN, ST. MILCU
Tip. «Slova» Bucureşti, 1937, 150 lei.

Cu ocazia recenziei făcute volumului *Traité d'endocrinologie.—Les parathyroïdes.*—(Tome II, fasc. I), al d-lor Prof. C. I. Parhon şi Doc. M. Goldstein în No. 11—12/936 al acestei reviste, adăogam la sfârşit:

„Alături de aceste volume de enciclopedie universală, operă de savanţi cu reputaţie mondială, rezervate unui număr mai restrâns de cetitori, în care de altfel lucrările şi autorii români sunt citaţi cu precădere, aşteptăm *„Manuale didactice de endocrinologie clinică"*, cari făcând tabula rasa de citate şi autori, să pătrundă în masa mare a corpului medical românesc.

Ne permitem a socoti că este chiar o datorie de împlinit din partea profesorului, care dublează pe savantul Dr. C. I. Parhon".

Părerea noastră exprima o dorinţă colectivă, căreia d-l prof. Parhon cu colaboratori i-a dat urmare.

In *„Introducere"* autorii arată că acest *Manual de Endocrinologie* este destinat să răspândească în mod cât mai rapid şi pe o scenă cât mai largă cunoştinţele minimale de Endocrinologie necesare oricărui medic; — el va reprezenta faţă de *Tratatul de Endocrinologie* în curs de publicare în limba franceză, din care au apărut până în prezent 3 fascicule cu un total de 1746 pagini, un *„Précis"*.

Acest manual va rezuma cele conţinute în tratat, precum şi cursurile făcute studenţilor Facultăţii de Medicină din Bucureşti.

Manualul va cuprinde 3 părţi, cari vor apare succesiv: I parte va fi consacrată sindromelor endocriniene hipo sau hiper-funcţionale, mono sau pluri-glandulare, raporturilor dintre constituţia somato-psichică cu funcţiunile endocriniene, hipo şi hiper-avitaminozelor; — a II parte, rolului ce revine alteraţiilor endocriniene în patologia diferitelor ţesuturi, organe, funcţiuni; — a III parte, rolului alteraţiunilor endocriniene în turburările funcţiunilor metabolice.

TABLA DE MATERII cuprinde:

Câteva noţiuni de Endocrinologie generală.

Sindromele ipofisare: Sindromele lobului anterior. — Acromegalia. — Gigantismul acromegalic. — Acromicria, Microsomia, Nanismul ipoipofisar. — Infantilismul ipofisar. — Nanismul iperipofisar cu pubertate precoce. — Boala lui Cushing (Pituitarismul bazofil. — Distrofia adiposogenitală. Cahexia ipofisară (sindromul lui Simmonds).

Sindromele intermedioipofisare.

Sindromele retroipofisare: Diabetul insipid. — Sindromul iperhidropexic. —

Sindromele epifisare: Sindromul insuficienţei epifisare. — Macrogenitosomia precoce. — Sindromul iperepifisar.

Sindromele tiroidiene: Sindromul lui Basedow. — Atiroidia şi Hipotiroidia. — Instabilitatea tiroidiană. — Guşa endemică, cretinismul şi surdomutismul endemic. —

Sindromele paratiroidiene: Insuficienţa paratiroidiană. — Sindromul iperparatiroidian.

Sindromele timice: Sindromele ipotimice. — Sindromele ipertimice.

Sindromele suprarenale: Hiposuprarenalismul cronic. — Sindromul lui Addison. — Insuficienţa suprarenală acută. — Hiposuprarenalismul acut. — Sindromul ipercorticosuprarenal, suprarenogenital sau interenalismul, Hirsutismul.— Sindromul de iperfuncţiune medulo-suprarenală. Paragangliomul ipertensif.

Sindromele ovariene: Anovaria. Insuficienţa ovariană. Hiperovaria.

Sindromele orhitice: Insuficienţa orhitică. Anorhidia. Hiperorhidia.

Sindromele pancreatice: Sindromul a—, sau ipoinsulinic. — Diabetul pancreatic. — Sindromul hiperinsulinic (hipoglicemic).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sindrome endocriniene gastrohepatice: Anemia pernicioasă. Policitemia. Boala lui Vaquez.

Sindromele pluriglandulare:

A—, ipo—, şi ipervitaminozele: Avitaminoza A. — Ipervitaminoza A. — Avitaminozele B. Beriberi. — Pelagra. — Scorbutul. Avitaminoza C. — Avitaminoza D. — Ipervitaminoza D. — Constituţia somatopsihică din punct de vedere endocrinologic. Examenul constituţional.

Acest prim volum, care cuprinde 300 pagini cu 43 figuri fotografice în text, realizează cu prisosinţă intenţiunile autorilor; el este chemat să umple un mare gol în literatura românească; este destinat cu precădere studenţilor în medicină şi medicilor practicieni, de toate specialităţile, cari recurgeau până în prezent la manualele străine, cu deosebire franceze şi pe cari le va înlocui cu succes.

M. Cânciulescu.

* * *

CONTRIBUŢIUNILE ROMÂNEŞTI IN PEDIATRIE ŞI PUERICULTURĂ
(Sec. 19–20)

de

Prof. D-r GH. POPOVICIU

1 vol. de 173 pag., Tip. «Transilvania» Cluj, 1934.

In această monografie, de care am luat cunoştinţă în ultimul moment, eruditul profesor de pediatrie de la Cluj, d-l *Prof. Gh. Popoviciu*, strânge la olaltă lucrările româneşti care se referă la pediatrie, scrise de medici români pediatri şi nepediatri.

In resumate scurte, clare, recensentul precizează cadrul general şi ideile cuprinse în aceste lucrări, colecţie de peste 1500 articole, a căror dată de apariţie scoboară pentru unele adânc în trecutul medicinei româneşti, dar pentru cele mai multe poartă asupra considerabilei eflorescenţei post-belice.

Grupate în capitole dupe boale, în:

Bolile infecţioase (Scarlatină, difterie, pojar, rugeola, alte boli infecţioase, tuberculoza, sifilisul), *Turburările alimentare şi ale metabolismului* (Bolile ap. digestiv, bolile de nutriţie, constituţionale şi de secreţie internă), *Bolile sistemului nervos, Bolile nou născutului, Bolile căilor respiratorii, Bolile ap. cardio-vascular şi ale sângelui, Bolile ap. genito-urinar, Dermatologie, Oftalmologie, Chirurgia infantilă, Igiena şi igiena socială a copiilor* (Puericultura) — expunerea se face în mod cronologic, dupe datele de apariţie, şi este urmată pentru fiecare grup de citatele bibliografice de rigoare.

Precedată de o *„Prefaţă"* scrisă de D-l Prof. M. Manicatide, care relevă meritele lucrării; — începând cu o *„Introducere"* în care autorul expune greutăţile mari ce a întâmpinat în lipsa unui fişier medical românesc general şi mai ales a unei literaturi pediatrice româneşti; — expunerea este urmată de un *Resumat parţial,* aşezat dupe fiecare grupă de lucrări, în care se face o sinteză generală a cuprinsului lucrărilor; — şi termină cu un *Resumat general,* în care se fixează date şi nume, cari s'au impus.

Constatăm cu satisfacţie că printre acestea au fost menţionate şi 6 dintre lucrările noastre personale cu colaboratori, publicate până la anul 1929, când se opreşte culegerea acestor lucrări cari au obiect principal pediatria sau se referă şi la pediatrie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această monografie dovedeşte că autorul practică documentarea la isvoarele dela origină — ceeace caracterizează pe cercetătorii pasionaţi şi cultivă „citatul", mai cu seamă al lucrărilor româneşti, pe care noi îl predicăm necontenit de la tribuna acestei reviste.

M. Cânciulescu.

* * *

EXPUNERE DE TITLURI ŞI LUCRĂRI ŞTIINŢIFICE

de

D-r STATE DRĂGĂNESCU

«Bucovina», Bucureşti, 1938.

Intr'o broşură de 147 pagini, ilustrată cu numeroase fotografii reproduse din lucrări, D-l Docent D-r *State Drăgănescu,* Preşedintele Asoc. Docenţilor Fac. de Medicină din Bucureşti, expune în rezumat, *Titlurile şi Lucrările* sale ştiinţifice, la zi.

Din *„Titluri"* aflăm că autorul este, între altele:

Extern prin concurs al Eforiei Spitalelor civile din Bucureşti în 1915.

Intern definitiv, prin concurs, 1919—1922.

Asistent al Clinicei neurologice din Bucureşti, 1922.

Şef de lucrări la aceieşi clinică, din Martie 1924.

Docent universitar pe baza examenului de specialitate, 1 Mai 1925.

Şef de clinică (bugetar) la clinica neurologică din Strasbourg 1 Noembrie 1925—1 Ianuarie 1927.

Medic primar definitiv, prin concurs, dela 16 Noembrie 1928 la serviciul de consultaţiuni de boli nervoase al Eforiei Spitalelor.

Conferenţiar onorific la Clinica Neurologică din Iulie 1929.

Membru în comitetul de redacţie al revistelor Spitalul, România Medicală şi Mişcarea Medicală Română.

Membru fondator şi preşedinte al Asociaţiei docenţilor dela Facultatea de medicină din Bucureşti.

Membru corespondent al Societăţii de oto-neuro-oftalmologie din Paris.

Secretar general al Societăţii române de oto-neuro-oftalmologie.

Membru corespondent al Societăţii de Neurologie din Paris (din 1927).

Membru în comitetul, secţia română, pentru organizarea congreselor internaţionale de Neurologie.

Premiul Déjérine, pe 1927, al Facult. de medicină din Strasbourg (Clinica neurologică).

Laureat al Academiei Române (premiul Oroveanu, 1933).

Membru al Soc. de Neurologie şi Psichiatrie din Viena (1936).

Membru al Ligei Internaţionale împotriva epilepsiei (1936).

Cu privire la *„Lucrările"* în număr de 203, cari încep cu „Un caz de coagulare masivă cu xantocromie în cursul unei meningo-radiculite specifice" comunicat la Asoc. Internilor în 1921 şi închee cu „Asymetrie dynamique des deux bras (un petit signe de la série cérébelleuse de Babinski) publicat în Rev. neurologique No. 2 | 1938, vedem din „Cuvântul introductiv" care caracterizează întreaga activitate ştiinţifică a autorului în domeniul neurologiei, că:

Expunerea de faţă exprimă activitatea sa ştiinţifică de când a început a lucra pe terenul pasionant al studiului sistemului nervos; sunt de atunci 17 ani. Cu mici întreruperi—cinci luni la Institutul patologic din Berlin, patru luni la spitalele din Paris şi un an la Clinica neurologică din Stransburg, unde a funcţionat ca şef de clinică—tot restul timpului a lucrat la Clinica D-lui Prof. Marinescu, maestrul său. Deşi doctor în medicină din 1921, — deci cu dreptul de a practica profesiunea medicală încă de atunci, — a continuat însă până în 1937, a da tot timpul spitalului şi laboratorului.

In cei 17 ani de activitate a căutat pe cât cu putinţă să-şi îndrepte cercetările în diferite direcţiuni, pe cari neurologia actuală le impune. Lucrările sale au fost publicate, în cea mai mare parte, în revistele principale streine, de specialitate.

Domeniul în care a lucrat mai mult, a fost acela al *Infecţiunilor neurotrope.* Impreună cu Prof. Marinescu, a adus în această direcţiune contribuţiuni experimentale, anatomo-clinice, biologice. Comunicările şi publicaţiunie sale asupra Herpesului, Zonei Zoster, Polinervitelor primare infecţioase, Poliomielitei, Maladiei lui Carre, Mielitei necrotice, Oftalmo-neuromielitei, etc., au fost bine primite şi apreciate de oamenii de ştiinţă, de talia unui Levaditi, Spielmeyer, Pette, Lhermitte, Doerr, etc. A descris o formă nouă din cadrul boalei lui Schilder: *Oftalmo-encefalo-mielita.*

A adus de asemeni contribuţiuni personale relative la cunoaşterea unor

afecţiuni puţin studiate, ca Maladia lui Kussmaul (din care a identificat primele două cazuri la noi în ţară), ca Dermatomiosita, Polimiozita, etc.

Tot împreună cu Prof. Marinescu a descris *2 tipuri noi de maladii familiale.*

La Clinica Prof. Barré din Strasburg a semnalat cu D-sa, cu Marin şi Reys o formă aparte de *Encefalită periaxială difuză, cu scleroză concentrică*, forma care astăzi e cunoscută ca maladia lui Ballo, care a studiat-o mai amănunţit după ei. Lucrarea aceasta a fost premiată cu premiul Déjérine al Facultăţi de medicină din Strasburg (Clinica neurologică).

In afară de această activitate de cercetări, în calitatea sa de asistent şi conferenţiar pe lângă Clinica neurorlogică din Bucureşti, în tot acest timp a fost însărcinat de maestru său, de a face demonstraţiuni şi conferinţe cu studenţii. In legătură cu această activitate didactică, a îmbogăţit literatura medicală română, tributară prea mult străinătăţi, cu un nou volum de utilitate practică asupra *Lichidului cefalo-rahidian*, volum onorat de Academia română cu o parte din premiul Oroveanu. Tot pentru studenţi, a publicat în acest an primul fascicul — din o serie de 5 fascicole ce vor apare ulterior — cu *Elemente de anatomie clinică şi fiziologie clinică.*

Preocupat, după exemplul dat de Maestrul său, de unele probleme sociale ce interesează viaţa noastră naţională, a dat, în româneşte, împreună cu colegul său D-r G. Stroescu, monografia lui H. W. Siemens, privitoare la eriditate, eugenie, natalitate.

Această frumoasă activitate aşează pe autor între cei mai distinşi neurologi români; numele şi lucrările sale, citate în revistele şi tratatele străine de specialitate, i-au stabilit o reputaţie, care a trecut de mult hotarele ţării.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cercetător pasionat, cu vederi originale, care a dat o atenţie deosebită semnelor semiologice, pe cari le-a îmbogăţit cu date noi, şi semnificaţiei lor patogenice, D-l D-r State Drăgănescu se prevalează în reuşita cercetărilor sale de „Şcoala" în care s'a format, aducând astfel un omagiu postum de admiraţie şi recunoştiinţă maestrului său, marele prof. şi savant Gh. Marinescu, şi unui „Grăunte de ideal, care încolţeşte când găseşte teren prielnic.

M. Cânciulescu.

* * *

TITLURI, LUCRĂRI, ACTIVITATE

de

D-r MARIUS GEORGESCU

«Luceafărul», S. A., Bucureşti, 1937.

Intr'un volum de 80 pag., format 8, autorul, expune titlurile (medicale şi altele), activitatea de spital, activitatea didactică, activitatea ştiinţifică, activitatea medico-socială.

Extern provizoriu şi definitiv prin concurs, intern provizoriu şi definitiv prin concurs, asistent şi în urmă şef de lucrări al clinicei obstetricale din Bucureşti de sub direcţia D-lui Prof. N. Gheorghiu, chirurg secundar prin concurs al Inst. Maternitatea, docent în obstetrică la fac. de medicină din Bucureşti, medic

primar de serviciu, şef de secţie al Inst. clinico-obstetrical „Maternitatea" din Spit. Filantropia, medic primar de serviciu al Serv. Obstetrical din Spit. Colentina —fără să mai socotim că a fost Preşedinte al Soc. Şt. în medicină din Bucureşti, Secretar general şi Vice-Preşedinte al Asoc. G-rale a medicilor din România, şi a. titluri—D-l D-r M. Georgescu a activat 18 ani în clinica obstetricală, în care timp a desvoltat o intensă activitate didactică prin ţinerea de cursuri, facerea de demonstraţiuni practice studenţilor şi dif. categorii de medici, inspirarea şi contribuirea la 16 teze inaugurale.

In acest timp a scris 8 monografii ştiinţifice, între cari *Practica Moşitului* şi *Rombul lui Michaelis*, pe care le-am analizat la timp în coloanele revistei „Mişcarea Medicală Română", precum şi *Instrumentaţia obstetricală* şi *Protecţia medico-socială a maternităţii*, ce prezentăm în numărul de faţă; — a publicat 6 lucrări în periodice străine şi făcut 64 (în total 79 lucrări ştiinţifice) rapoarte, articole, comunicări—al căror expozeu succint îl face în volumul de faţă şi din care reese o sforţare necontenit susţinută în domeniul specialităţii obstetricale.

Cartea se închee cu expunerea *activităţii de ordin medico-social*, pe care autorul a desvoltat-o în conferinţe ţinute la Ateneul român, Asoc. docenţilor, Fundaţia Carol I, Institutul medico-legal, Universitatea populară „Prof. N. Iorga" din Vălenii de munte,—în Sânul Asoc. G-rale a medicilor, contribuind şi la elaborarea unui proect de organizare a corpului medical român (împreună cu D-l avocat Al. Ionescu) şi la fixarea unui „Cod medical" (împreună cu D-l avocat M. Dicu);— în parlamentul român, în calitate de senator, cu privire la legiferarea avortului şi ca raportor al legei pentru întemeierea Ligii naţionale contra tuberculozei; — în cea de a XXX-a conferinţă a Uniunei interparlamentare ţinută la Istambul prin raportul prezentat asupra „Problemei şomajului intelectual".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Titluri şi lucrări cari trădează o formaţie intelectuală complectă în domeniul specialităţii obstetricale;—activitate de ordin medical şi medico-social care denotă o preocupare vie din partea autorului pentru toate problemele legate de această specialitate.

M. Cânciulescu.

* * *

INSTRUMENTAŢIE OBSTETRICALĂ
Studiu iconografic - Istoric - Critic.
de
D-r M. GEORGESCU şi M. STROESCU
1 vol. de 265 pag., cu 451 figuri. Inst. grafic «Luceafărul», Bucureşti, 1937.

Această lucrare din greu muncită — autorii au pus 2 ani de strădanie anevoioasă — se prezintă ca un *Studiu iconografic* al instrumentelor întrebuinţate în decursul timpurilor şi la diferitele popoare în arta, devenită ştiinţă, obstetricală; 451 figuri redate în text prezintă acest arsenal obstetrical.

Prezentarea se face pe capitole terapeutice, adică gruparea se face dupe scopul la care sunt folosite.

Astfel se vor prezenta:

Instrumentele pentru spălături vaginale şi irigaţiuni intrauterine (injecoare, irigatoare, canule, plosce, sonde diferite)— ***Instrumentele pentru tampona-***

mentul vaginal şi uterin (în dif. procedee de tamponare) —*Instrumentele pentru golirea şi curăţirea cav. uterine* (rugine, perii, valve, pense, histerometre, redresoare, laminarii, dilatatoare, linguri (între cari şi a lui Assaki), drenuri, diferite metode de expresie şi expulsare ş. a.)—*Instrumentele pentru provocarea artificială a facerii* (perforatoare, trocare, vesica tampon, conuri de burete, baloane ş. a.) — *Instrumentele pentru versiune* (laţuri. port-laţuri, cârlige) — *Instrumente pentru procidenţa cordonului* (tuburi protectoare, port-cordoane, omfalosoter ş. a.) —*Instrumentele pentru angajarea capului* (leviere — pârghii, mensuratoane.)—*Instrumentele pentru retracţia foetusului* (sericepsuri şi forcepsuri, nu mai puţin de 90 modele)—*Instrumentele pentru micşorarea volumului foetal* (embriotomul, perforatoare, foarfeci, craniotome, cranioclaste, cleşte de oase, cârlige, trepane, basilytul, cefalotribul, baziatribul, decapitatorul, rachiotomul ş. a.)— *Instrumentele întrebuinţate în diferitele operaţiuni obstetrico— chirurgicale,* (ace, sonde, bisturii, gutiere, foarfece, depărtătoare, retractoare, spatule) şi *Diverse instrumente, aparate, mobilier obstetricale* (precum: pelvimetre, instrumente de măsurare, centuri, mănuşi, degetare, stetoscop, scaune şi paturi diferite pentru naştere.)

Fiecare grupă de instrumente este precedată de expunerea scopului în care vor fi folosite şi fiecare capitol este urmat de indicaţia surselor de documentare bibliografică; — iar prezentarea urmează firul cronologic al datelor de apariţie, precum nuanţează în spirit critic modificările urmărite şi perfecţionările realizate.

Din acest punct de vedere lucrarea se prezintă întradevăr şi ca un *Studiu istoric şi critic* al arsenalului obstetrical „în cadrul căruia autorii n'au ezitat să socotească *mâna* ca cel mai de preţ instrument" şi mai la îndemână, mai ales în mediul rural.

«Atlas sau colecţie de imagini; — călăuză sau îndreptar pentru un muzeu obstetrical», care să servească de «iniţiere sau orientare în dedalul instrumentarului obstetrical» mai vechiu şi nou—socotim, în calitate de recensent care nu se poate prevala de luminile specialiştilor, această culegere de imagini care reprezintă tot atâtea instrumente şi procedee obstetricale, expuse în spirit critic pe fir cronologic, ca o frumoasă *Contribuţie de istoriografie medicală la arta şi ştiinţa obstetricală românească,* care satisface curiozitatea ştiinţifică şi gustul estetic.

M. Cânciulescu.

* * *

CONTRIBUŢII LA STUDIUL RĂSPÂNDIREI TUBERCULOZEI IN MEDIUL RURAL ROMÂNESC

de

R. OLINESCU

Monografie de 30 pag. extrasă din Rev. Şt. Med. No. 5/1937.

Prin examinarea clinică şi socială a 507 muncitori suferinzi de tuberculoză pulmonară la un dispensar din Bucureşti a Casei Centrale a Asigurărilor Sociale, autorul a constatat:

Numai un sfert (24.2%) sunt originali din Capitală, restul sunt veniţi din provincie, cei mai mulţi (60.8%) din mediul rural.

Aceştia din urmă, cea mai mare parte în etate de 20—30 de ani. jumătate din ei căsătoriţi şi cu copii, au venit în Capitală cei mai mulţi la etatea între 15 şi 25 ani.

O mică parte din ei (3.6%) au venit de la ţară bolnavi de tuberculoză cu speranţa unei posibilităţi mai bune de tratament; o parte (15.3% au făcut debutul aparent al boalei în timp de un an dela venirea în Bucureşti, prezentând forme acute de tuberculoză pulmonară; aproape o treime (31.2%) s'au îmbolnăvit după un an până la 5 ani dela sosire.

Cea mai mare parte din cei proveniţi din mediul rural (75% au făcut debutul aparent al tuberculozei în timp de 10 ani de şedere în Bucureşti.

Constatăm la cei originari din mediul rural o proporţie mai mare (32.5%) de forme incipiente de tuberculoză pulmonară (pleurezii, focare de primă infecţie, granulii, etc.) ca la cei originari din Bucureşti (22%) şi mult mai puţine forme fibroase.

Forme evolutive generalizate la ambii pulmonii sunt mult mai dese la cei proveniţi din mediul rural.

O parte importantă din cei proveniţi din mediul (26.6%), majoritatea fiind muncitori necalificaţi, vin *vremelnic* în Capitală (lăsând familia sau numai copii la ţară) pentru a strânge bani şi cu gândul de a se întoarce în satul de origină. Ducând o viaţă plină de restricţiuni, în mare mizerie, ei cad victima tuberculozei, făcând forme acute şi cu extindere la ambii pulmoni în scurt timp dela venirea lor în Capitală (65.9%) în 5 ani de şedere în oraş. Reîntorcându-se în mediul rural ei răspânde-se mai departe tuberculoza în familia lor şi în vecini.

Se impun măsuri de profilaxie: prin observaţia strictă a igeniei muncei, mai ales în centrele mari, privitoare la viaţa ucenicilor, la posibilităţile de a oferi o viaţă convenabilă muncitorului (locuinţă şi hrană eftină şi bună), mai ales acelui venit temporar pentru lucru din mediul rural şi la supravegherea atentă a igeniei fabricilor şi atelierelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această documentată lucrare care a fost comunicată şi la Academia de Medicină într'o şedinţă recentă, este ilustrată cu numeroase hărţi geografice, grafice şi tablouri statistice referitoare la cei studiaţi precum şi la datele referitoare din alte ţări.

M. Cânciulescu

* * *

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA NATALITĂŢII, MORTALITĂŢII ŞI MORBIDITĂŢII LA COPII ASIGURAŢILOR

de

D-r M. ZAVERGIU-TEODORU

Medic Primar la Spitalul „Prof. D-r Cantacuzino"

16 pag. Tip. «Astoria», Bucureşti, 1938.

D-l D-r Zavergiu-Teodoru vine să ne facă cunoscut o mulţime de date foarte importante din punct de vedere social. Domnia sa fiind şef al Centrului de Puericultură a Casei Asigurărilor Bucureşti e cel mai indicat să ne informeze despre starea socială, materială şi igienică a muncitorilor asiguraţi.

Domnia sa conduce acest Centru dela înfiinţare, care datează de

un an şi jumătate. In acest interval scurt a făcut observaţii precise asupra natalităţii şi mortalităţii la copii asiguraţilor.

Iată tablourile din anchetele medicale pe care le-a făcut la locuinţele asiguraţilor.

Leafă	Totalul asig.	Prop.	Chiriaşi	Case de zid	Case de paiantă	Nr. camerilor	Igrasie		Vasermann la părinţi		
							cu	fără	n'a făcut	+	—
Intre 6000-800 cei mai mulţi au 2000-3000 lei pe lună	1016	275	622	447	567	1440	443	613	470	25	468

Familii	Copii	AVORTURI			Câţi copii are o familie				Vaccin B. C. G		Alimentaţie			Copii morţi	
		n'a făcut	Provocate	Neprovocate	1	2	3	mai mulţi	Da	Nu	Naturală	Mixtă	Artificială	Inainte de centru	După
1014	2274	317	447	60	502	321	178	60	1134	1140	560	264	20	344	30

Din tablourile de mai sus se vede că 1014 familii au 2274 de copii, adică 95 % nu au mai mult decât doi copii. Mortalitatea este de 36,5 %. Atât mortalitatea cât şi natalitatea se datoresc stării sociale şi materiale a asiguratului. Iată ce constată Domnia sa; din 1014 familii, 275 sunt proprietari, 447 locuesc în case de zid, 567 în case de paiantă. Totalul camerilor acestor familii e de 1440, ceaice arată că peste 85 % locuesc într'o cameră. Din 1440 de camere, 443 sunt igrasioase. Statistica de mai sus ne dovedeşte că asiguraţii trăesc în sărăcie şi mizerie. Proba cea mai evidentă se vede din coloana ce indică leafa lor. Din 1016 asiguraţi 680 n'au decât 2000—3000 lei pe lună Dacă aceasta e adevărul cum pot să-şi permită să aibă mai multe încăperi de locuit. *Bazat pe această materială autorul conchide că de acela soţiile asiguraţilor* îşi provoacă avorturi. Dovadă e că din 1014 soţii, 447 îşi provoacă avorturi. Din 1014 familii 502 au un copil, 321 au doi copii, iar restul trei şi mai mulţi. Autorul face observaţia că familiile care au mai mulţi copii locuesc în Dudeşti şi Văcăreşti.

Datorit muncii de fabrică, multe din asigurate sunt nevoite să hrăneasca copii şi cu lapte de vacă, cu alte cuvinte o hrană mixtă, care adesea provoacă turburări gastro-intestinale; turburări care dau un procent foarte mare de mortalitate (49,5 %).

D-l D-r Zavergiu, după ce relevă aceste date spune că interesul Casei Centrale este ca asiguraţii şi copii lor să fie sănătoşi. Ca să fie sănătoşi trebuie să nu facă nici o economie pentru desvoltarea medicinei preventive.

Domnia sa insistă şi asupra necesităţii *locuinţei igienice pentru meseriaşi.*

Autorul încheie lucrarea astfel: problema natalităţii şi mortalităţii se poate rezolva prin organizarea complectă a Centrului de Puericultură.

M. M. R.

ARTS ET TECHNIQUES DE LA SANTE

de

GASTON DANIEL et ALBERT DANIEL (Marseille)

Două volume de 1540 pagini, Doin & C-ie, Editeurs Paris, 1937.

Intr'o monumentală lucrare, prefaţată de D-nii Jacques Greber, Foveau de Courmelles şi Auguste Lumiere, luxos editată în 2 volume velin, cu 47 planşe originale hors-texte, eminenţii higienişti francezi D-ri Gaston Daniel şi Albert Daniel caută după o revistă critică a higienei clasice, să dea cu deosebită competinţă acestei ramuri medico-sociale o orientare nouă, apropiind-o de medicina modernă şi higiena naturistă bazattă pe cercetarea marilor legi naturale.

Abordând vasta sinteză a Artelor şi Technicilor „susceptibile de a fi utilizate în vederea întinerirei omenirei, căreia să-i realizeze dorul de o viaţă sănătoasă", autorii plasează higiena integrală în fruntea a 2 importante obiective: Progresului, un viitor uman; Ştiinţelor, scopuri umane.

Studiul legilor naturale, „mentalitatea naturistă", într'un cuvânt Naturismul inspiră Culturismul şi poate procura o bază solidă Psyhicului natural, neartificializat nici degradat.

Ştiinţă şi Artă a Sănătăţei integrale, higiena, exercitându-şi influenţa sa în toate direcţiunile, trebue să fie atât sintetică cât şi analitică. Ea trebue să îmbrăţişeze toate orizonturile, să conceapă Omul integral, care pe lângă o sănătate fizică perfectă să fie armat şi cu un echilibru psihic inalterabil.

„Opera sa cea mai mare va fi liberarea spirituală a omului".

Omul integral ar trebui să se debaraseze de influenţele vieţei moderne care este antinaturală, utilizând Naturismul cu tot ce-i pune la îndemână medicina modernă, radiofizica, meteoropatologia, climatologia, studiul ionizaţiunei atmosferice, radioteluriei cât şi toată fizioterapia. Higiena viitoare va avea ca ţintă de a îngloba atât higiena individuală cu tendinţă naturistă predominantă, cât şi higiena colectivă şi socială cu tendinţă technică. Higiena viitoare trebue să impună această formulă a dreptului la sănătate pentru toate clasele Societăţii.

Statistica conţine o documentare considerabilă şi inedită: asemenea apele destinate alimentaţiei.

Inregistrând scăderea sub influenţa higienei a maladiilor infecţioase, cari fac obiectul unui important capitol, se poate prevede că, datorită technicilor naturiste să se reducă şi mai mult mortalitatea prin tuberculoză, cancer, etc.

Sunt apoi, pe rând studiate, marile reforme în domeniul agronomiei, în condiţiunile de viaţă ale indivizilor din toate ramurile sociale (higiena, educaţia şi instrucţia copilului şi adolescentului; activitatea profesională, repausul, cultura). In fine, Urbanismul, e tratat detailat, subliniind pericolul fluxului uman către oraşe, care duce spre o creştere a mortalităţei şi o decădere a civilizaţiei.

Lucrarea autorilor cuprinde 3 părţi:

1) Higiena clasică (modernă, preventivă, socială, statistică, individuală, technicile sanitare); 2) Naturismul (prehipocratic, hipocratic literar modern); 3) Higienă şi Naturism. Urbanism.

Este imposibil de a reda într'o scurtă analiză conţinutul acestei opere remarcabile, cu stilul precis şi vasta sa documentare (grafice, traseuri, planuri, scheme), pe care o recomandăm călduros tuturor medicilor, politicianilor, oamenilor de cultură — adresând în acelaş timp cele mai vii felicitări celor 2 savanţi igienişti marseiliezi.

Prof. C. Daniel.

* * *

Le Docteur RÉCAMIER (1776-1852). SA FAMILLE; SES AMIS

de

LOUIS SAUVÉ

Un volum de 252 pagini, Editura «Spes», Paris, 1938.

Joseph-Claude-Anthelme Récamier, impunătoare personalitate medicală a secolului trecut, este descris în întreaga lui strălucire de d-l Louis Sauvé, chirurg al Spitalului Lariboisière, care redă nobila sa figură, într'un spirit de largă înţelegere şi deosebită simpatie.

In 12 capitole scrise cu o rară eleganţă de stil, care egalează cu valoarea chirurgicală a autorului, d-l Sauvé, după ce vorbeşte mai întâi de debuturile, copilăria, adolescenţa, viaţa de student la Lyon şi Paris, a tânărului Récamier, ne povesteşte toată personalitatea maestrului.

Urmaş al unei vechi familii, crescut într'un mediu provincial de corectitudine şi muncă, unde îşi începe studiile medicale, este surprins de revoluţie şi recrutat în armatele Republicei, îndurând ani grei de lupte şi de lipsuri.

In Septembrie 1797, când liniştea se restabileşte, vine la Paris, continuându-şi studiile la Facultatea de Medicină.

Remarcat de Maeştrii săi, Corvisart şi Pinel, în medicină, de Desault şi Boyer în chirurgie, ajunge în 1896, la 36 de ani, să fie numit medic-şef la Hotel-Dieu şi în curând profesor reputat şi chirurg de geniu.

Din opera medicală a lui Récamier, se degajează câteva lucrări de care rămâne ataşat numele său. In medicină, reglementează şi întrebuinţează într'o largă măsură băile reci în tratamentul febrelor grave; în chirurgie descrie semnele chistului hydatic, inventează speculum-ul şi creiazâ toată patologia pelviană a femeii; apoi practică amputaţiile de col, descopere curetele şi curetajul şi în urmă execută colpotomia. Găseşte tratamentul simplu şi eroic al fisurilor anale şi în altă ordine de idei, pune la punct technica pleurotomiei prin sifonaj.

In materie de cancer, Récamier printre primii arată că,

„Nu este decât un singur mijloc de a evita catastrofa: extirpaţia cât se poate de precoce a elementului anarhic, cât este încă strict localizat; mai târziu este prea târziu".

Această noţiune capitală a cancerului localizat la început îndreptăţeşte pe Récamier, să susţie necesitatea tratamentului local cu caustice

Din originala technică operatoare a lui Récamier, se degajează hysterectomia vaginală, care formează gloria sa, şi ai cărei timpi sunt reglementaţi în mod remarcabil.

Ablaţia uterului canceros, pe cale vaginală, este executată pentru prima dată de Récamier, la 26 Iulie 1829, cu o metodă şi o tehnică sigură, în prezenţa lui Marjolin, Blandin şi Breschet

Primit în înalta societate parisiană, având o clientelă considerabilă, în curând gloria sa e la culme şi acest mare clinician, cu renume mondial, este ales profesor de Collège de France.

„Om de caracter, cu adânci convingeri catolice şi regaliste, Récamier ştie în timpul revoluţiei din 1830, să-şi înăbuşe sentimentele, ajutând armatele republicane. Faţă de noul regim, îşi apără independenţa, refuzând orice onoruri, ca titlul de „Baron şi Medic al Regelui", ceia ce nu-l opreşte când regele e îndepărtat să trimită aceluia pe care în considera uzurpator, demisiunea sa dela Facultatea de Medicină, dela Collège de France şi dela Hotel-Dieu".

In 1833, pe când avea 59 de ani, se căsătoreşte a 3-a oară cu D-na Villert, cu care are 2 copii, pe Etienne şi Max, din care descind actualii reprezentanţi ai ilustrului nume.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Nimic nu poate fi mai interesant pentru un chirurg, decât să cunoască admirabila viaţă de retragere a lui Récamier, cu fericirea casnică, viaţa familială, copii, relaţiunile mondene şi religioase, amiciţiile medicale, în fine ultimii ani ai lui pe care d-l Sauvé ni le redă cu o impresionantă sensibilitate. Imi este imposibil să fac aici în mod succint analiza admirabilei lucrări a d-lui Sauvé asupra vieţei lui Récamier, această mare figură de francez, de savant genial, descendent dintr'o veche familie, şi care a participat la viaţa publică.

Trebue să recunoaştem împreună cu Sauvé că Récamier cu amicii săi Bichat şi Laennec, sunt dintre gloriile cele mai pure ale Franţei din secolul al 19-lea.

„Biografiile oamenilor de elită sunt un splendid stimulent şi un minunat tonic, pentru acţiunile mari şi spiritele întreprinzătoare, pentru tot ce ne ridică deasupra preocupărilor zilnice".

La lectura lor, noi medicii, găsim mai mult ca alţi intelectuali exemple de imitat ca activitate, muncă, devotament şi umanism.

De aceia cartea D-rului Sauvé, scumpul meu amic şi camarad de Internat, descendent a 9 generaţii de medici, rurali, nobil moştenitor al vechilor tradiţii medicale franceze, este o frumoasă lecţie de sănătos optimism şi mândrie naţională franceză, în care noi românii putem aprecia mai mult ca ori cine valoarea marilor Maeştri francezi, cari au contribuit atât de mult la formaţiunea noastră intelectuală.

Prof. C. Daniel.

VII.

Diverse — Informaţiuni.

Comemorarea Profesorului D-r Victor Babeş

Aniversarea de 50 ani a Vaccinării antirabice în România

In zilele de 6 şi 7 Mai a. c., a avut loc o măreaţă sărbătoare la Institutul Babeş, sub înaltul patronaj al M. S. Regelui Carol al II-lea şi sub preşedinţia de onoare a I. P. S. S. D-r Miron Cristea, Patriarch al României şi preşedinte al Consiliului de Miniştri, cu prilejul cincantenarului vaccinării antirabice în România.

Cu această ocazie a fost comemorată vieaţa şi opera Prof. V. Babeş şi a avut loc o Conferinţă internaţională asupra turbării.

In dimineaţa zilei de 6 Mai, la Institutul Babeş, orele 10 dimineaţa, în prezenţa P. S. S. Episcopul Colan, Ministru al Educaţiei Naţionale şi a D-lui Medic General, D-r N. Marinescu, Ministru al Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, un sobor de preoţi a oficiat serviciul religios la mormântul Prof. Babeş din curtea Institutului, mormânt aşezat într'un cadru pitoresc şi împodobit de numeroase jerbe de flori şi coroane depuse de admiratori şi din partea Institutelor antirabice din ţară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La ora 10½ s'a deschis şedinţa festivă în marele amfiteatru al Institutui Babeş, sub preşedinţia D-lui Prof. D-r Bălăcescu decanul Facultăţei de Medicină.

D-l Prof. D-r Bălăcescu deschide şedinţa, citeşte adresa omagială către Suveran, anunţând însemnătatea festivităţei şi a conferinţei internaţionale asupra turbărei.

In urmă mai vobesc: D-l General D-r N. Marinescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în numele I. P. S. S. M-r Miron Cristea, Preşedinte al Consiliului de Miniştri şi în numele Ministerului Sănătăţii.

P. S. S. Episcopul Colan al Armatei, Ministru al Educaţiei Naţionale.

D-l Prof. C. C. Stoicescu, Rector al Universităţii, Bucureşti.

D-l Prof. D-r Panisset, în numele Guvernului Francez şi a Şcoaleor de Medicină Veterinară din Franţa.

D-l Prof. O. Bujwid, în numele Guvernului Polon.

D-l D-r S. Nicolau, în numele Institutului Pasteur şi al Soc. de Biologie din Paris.

D-l Prof. D-r Mihai Ciucă, în numele organizaţiei de Igienă şi comitetului de Igienă al Ligii Naţiunilor.

D-l Prof. D-r Josip Jezic, în numele Institutului din Zagreb.

D-l D-r Isan Schükrü Aksel, în numele Institutului Antirabic din Istambul.

D-l Prof. D-r G. Marinescu, în numele Academiei Române.

D-l Prof. D-r Iacobovici în numele Academiei de Medicină.

D-l Prof. D-r I. Bălteanu, în numele Universităţii Mihăilene şi a Facultăţii de Medicină din Iaşi.

D-l Prof. D-r M. Botez, în numele Universităţii Regele Ferdinand I, şi a Facultăţii de Medicină din Cluj.

D-l Prof. D-r Slavu, în numele Facultăţii de Medicină Veterinară.

D-l D-r Munteanu, pentru Comitetul Babeş din Timişoara.

D-l Docent D-r Dimitrie Ionescu, scurtă dare de seamă asupra secţiei antirabice, în cursul a 50 ani de activitate.

D-l Prof. D-r Emil Crăcciun, în numele Institutului D-r Victor Babeş.

Serbarea festivă de dimineaţă a luat sfârşit, într'un cadru deosebit de înălţător, dar tot atât de demn şi sobru, în care s'a proslăvit înalta figură a marelui dascăl şi Savant român Prof. D-r Victor Babeş, întemeitorul primului Institut ştiinţific medical din ţară şi al învăţământului de bacteriologie, pathologie experimentală şi anatomie pathologică.

Cele trei şedinţe ale conferinţei asupra turburărei au fost ilustrate de interesante discuţiuni asupra naturei corpusculilor lui Negri şi asupra accidentelor post vaccinale.

I-a şedinţă. S'au făcut comunicări importante şi s'au depus rapoarte de către D-nii: Fr. Gerlach (Wiena); Ihsan Schükrü Aksel (Istambul); G. Marinescu şi Stroescu (Bucureşti); Nello Mori (Napoli); Levaditi C. Reiniéet M-elle D. Krasnoff (Paris); G. Marinescu, E. Crăciun, C. Păunescu, V Roşca.

II-a şedinţă. G. Marinescu—J. Minea—St. Drăgănescu; S. Nicolau (Paris); Parhon şi Marinescu Băloi (Bucureşti); Dimitrie Ionescu (Bucureşti); Nello Mori (Napoli); Vaclav Strimpl (Kosicich, Ceho-Slovacia); Zekâi Muumer Tunçman (Istambul); Ernesto Virga (Palermo); Josip Jezic (Zagreb—Iugoslavia).

III-a şedinţă. O. Bujwid (Kracow); Adolph Hept (Novisad—Iugoslavia); Emil Crăciun şi Dimitrie Ionescu (Bucureşti); Bălteanu, Ioachim şi A. Ştirbu (Iaşi). P. Remlinger (Tanger); F. Schweniker (New-Jork); G. Marinescu şi Drăgănescu M. Botez (Cluj); Sever Bobeş (Bucureşti); M. Ghodssi (Teheran—Iran); Murat et Bêguet (Alger); Ernesto Virga (Palermo); Tămăsescu şi Tomorung (Bucureşti); Silvio Angiolani (Ancona); Ivo Novi (Bologna); Josip Jezic—L. Hodrnja (Zagreb).

Serbarea comemorativă ca şi toate rapoartele şi comunicările făcute se vor publica într'un volum festiv care se va distribui tuturor celor cari s'au înscris, precum şi bibliotecilor streine.

Pentru România, această reuniune ştiinţifică şi şedinţă festivă sunt o glorie naţională şi constitue o adevărată sărbătoare a medicinei româneşti.

Iar activitatea celor 50 de ani a Serviciului Antirabic, sunt un exemplu rar de muncă rodnică şi devotament.

D-l Prof. Dr. Emil Crăciun Directorul Institutului Babeş, un desăvârşit organizator, care a aranjat această sărbătorire în cele mai mici detalii, merită toată stima şi admiraţiunea noastră, pentru munca fără odihnă pe care a depus-o şi pentru reuşita deplină.

D-r D. I.

* * *

Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova

BULETINUL No. 10 | 1938

Activitatea „Cercului Medico-Farmaceutic din Craiova" pe anul 1937/38, este prezentată în „Buletinul No. 10/1938", care publică comunicările, prezentările de bolnavi şi conferinţele în număr de 94, ţinute în cele 17 şedinţe, cari au avut loc.

Acest *număr din „Buletin"* îmbracă un caracter festiv, datorit împrejurării că în acest an Cercul a împlinit 35 ani de existenţă.

Publicăm compunerea „Comitetului" care a condus Societatea în acest an; — precum şi „Prefaţa" pe care a scris-o la acest număr al „Buletinului" D-l Docent D-r M. Cânciulescu, Preşedintele Comitetului de conducere.

COMITETUL PE 1937—38

Preşedinte: Docent D-r M. CÂNCIULESCU — Medic primar.
Membru cor. al Academiei de Medicină.

Vice Preşedinţi: Doc. D-r EUG. MATEESCU-IONESCU — Medic primar.
D-r ALEX. SAVOPOL — Medic Şef de Labor. şi Prof. de higienă.
Farm. ŞTEF. GHEORGHIU.

Secretar g-ral: Medic Maior D-r M. SĂCEANU — Medic primar.

Bibliotecar: Medic Locot. D-r C. MITRAN.

Casier: D-r EUG. BUTTESCU — Medic primar.

Secretari de şedinţă: Medic Căpit. D-r I. IONESCU.
D-r I. ROSENSTEIN — Medic primar.

PREFAŢĂ

Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova a împlinit în anul acesta 35 ani de existenţă.

Am căutat să subliniem însemnătatea acestei aniversări prin publicarea numărului de faţă din „Buletin", care să redea integral activitatea de ordin ştiinţific din acest an a Cercului.

Este un eveniment în cultura medicală românească a „Aniversare de 35 ani" a unei Societăţi cu caracter medical din afara Centrelor noastre universitare; — şi chiar din întreaga ţară, dacă avem în vedere că mai veche decât Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova se pare că este numai Soc. de Medici şi Naturalişti dela Iaşi, care şi-a serbat anii trecuţi centenarul, şi Soc. Studenţilor în Medicină din Bucureşti, care a trecut de 50 ani.

Intrunind la o laltă pe medici şi farmacişti, potrivit concepţiunilor juste de odinioară că, medicul şi farmacistul trebue să se înţeleagă reciproc şi să se ajute în misiunea îngrijirii bolnavilor, — printre atâtea alte Societăţi de durată efemeră Cercul Medico-Farmaceutic dela Craiova a dăinuit.

A putut să trăiască, pentru-că Corpul Medical dela Craiova neîntrerupt a prezentat personalităţi de valoare excepţională, precum în trecut Medicul G-ral P. Vercescu, Doctorul I. Augustin, Doctorul D. Vernescu, cari au fost pe rând preşedinţii Cercului, şi Doctorul Ch. Laugier, fostul inspector g-ral sanitar al Olteniei, pe care numai o moarte prematură l-a împedecat să desăvârşească o operă culturală exercitată pe multe fronturi.

Azi, a ajuns la apogeul de activitate de care face dovadă prezentul număr din buletin, pentru-că această reuniune a devenit o necesitate quasi vitală pentru manifestările de ordin ştiinţific ale membrlor săi.

Cercul şi-a dat un prim organ de publicitate între anii 1928 şi 1930, când în calitate de Secretar General, potrivit spiritului Statutelor şi prevederilor Regulamentului, am făcut să apară organul „Mişcarea Medicală" a cărui direcţie am asumat.

In concepţia de a da un imbold cât mai mare activităţii ştiinţifice a membrilor săi, dintre cari unii şi-au manifestat dorinţa de a intra în Comitet, am socotit bine ca această publicaţie să îmbrace caracterul unei „Reviste" în Comitetul de Redacţie al căreia să intre cât mai multe personalităţi ştiinţifice din afară, şi care organ să servească şi de „Buletin" al activităţii Cercului.

O Societate ştiinţifică ori cât de calificată poate însă să-şi dea un „Buletin", dar nu să susţină cu succes o „Revistă"; — pentru-că unei reviste îi trebue o unitate de concepţie şi de conducere, pe care n'o pot realiza mai mulţi, şi să consimţă la sacrificii sufleteşti şi materiale cari cu timpul scad entuziasmul.

Cercul a trebuit astfel să renunțe la revista care și-a continuat drumul său propriu sub întocmire, program și nume nou, acela de „Mișcarea Medicală Română' de azi, la care colaborează fruntașii medicinei românești din țară și de peste hotare; — și să-și dea în 1933 în „Buletin" care să publice numai activitatea desfășurată de membri în sânul Cercului.

Din acest buletin au apărut până acum 9 numere, cari au prezentat fidel activitatea desfășurată în cerc între anii 1933—36.

Numărul 10, cel de față, publică Comunicările, Prezentările și Conferințele ținute în cursul anului 1937/38, în număr de 94, la cari au participat 51 membri ai Cercului, în afară de colaboratori iluștri din afară, precum Profesorii I. Iacobovici, P. Niculescu, Al. Slătineanu, I. Bălteanu ș. a.

Pentru proporțiile ce amenința să ia acest „Număr festiv", care trebuia să fie unic și având în vedere cheltuelile de imprimare și nevoia unei uniformizări care se obișnuește la multe Societăți științifice medicale — am fost determinat a fixa la maximum 2 pagini textul comunicărilor și la 4 pagini pe acel al Conferințelor, ceeace depășește după dorința și la cererea lor expresă, privind pe autori.

De asemenea, pentru-că participanții la „Discuții", cu excepția câtor-va, nu au prezentat biuroului notițe scrise, iar Secretariatul de ședințe descomplectat în cursul anului a funcționat intermitent, a trebuit să renunțăm la redarea discuțiunilor cari dau atâta viață desbaterilor și incită la necesitatea documentării atât de folositoare.

Această lacună va putea fi împlinită în viitor.

Dar și astfel prezentată, comprimată și cu omisiunea discuțiilor, sperăm a fi reușit să punem în lumină bogata și aleasa activitate de ordin științific care s-a desfășurat de către membrii Societății în acest an; o activitate variată, din domeniul feluritelor specialități, care în practica de toate zilele reunește pe medici la o laltă și nu îngădue ridicarea de bariere precise între diferitele ramuri ale medicinei; o colaborare între diferiți specialiști, care reese la sumarul fiecărei ședințe și care indică necesitatea spiritului totalitar care trebue să prezideze la formarea culturii medicului, specializarea de mai târziu fiind cu atât mai folositoare pentru medici și în profitul bolnavilor când se face pe o bază cu cunoștințe medicale multiple.

Biblioteca Universității "Babeș" Cluj
University Library Cluj

O pioasă „Comemorare" a Doctorului D. Vernescu, fost membru fondator și Președinte al Cercului, într'un cadru solemn la care a participat D-l Prof. P. Niculescu dela Iași, în prezența familiei defunctului, a reunit pe membrii Cercului în datoria de a cultiva memoria înaintașilor lor.

Comitetul anului 1937/38, al 35-lea an din viața Cercului Medico-Farmaceutic dela Craiova, ce am avut onoarea a prezida, și-a făcut un punct de onoare și o datorie de a veghea la propășirea Cercului în spirit științific.

D-r M. CANCIULESCU
Președintele Cercului Medico-Farmaceutic.

* * *

Societatea științelor medicale din Oradea

Ședința dela 6 Aprilie 1938. (Adunarea generală)

Prezidează d-l D-r I. GLĂVAN.

In ziua de 6 Aprilie s'a ținut la Spitalul Central din Oradia, adunarea generală a Societății Științelor Medicale din acest oraș.

D-l Președinte, D-r I. Glăvan, după ce deschide ședința, dă cuvântul d-lui Secretar General, D-r Mircea Halița, care citește următorul raport asupra activității societății pe anul 1937/38:

„Societatea noastră își închee azi încă un an de activitate. Analizând lucrările desfășurate în acest interval, putem face constatarea plăcută că societatea noastră continuă să se mențină la acest nivel de activitate laborioasă, al cărui început a fost perioada din 1936—37.

In adevăr putem spune că odată cu această dată, când la sfârșitul anului

1935, întreaga activitate a societăţii se rezuma la un număr foarte redus de şedinţe (abia 5), în urma eforturilor comitetului şi a activităţii mai intense a membrilor ei, am putut face constatarea plăcută că la sfârşitul anului 1936 să putem înregistra numărul cel mai mare de şedinţe pe care l-a avut vreodată societatea; adecă 11. La acest rezultat îmbucurător a contribuit în bună parte colaborarea strânsă şi sprijinul dat de colegii medici militari.

In perioada anului 1937—38 societatea noastră a contribuit a activa pe drumul început, atât de promiţător. Şedinţele s'au ţinut cu regularitate, cu subiecte variate şi, ceeace este mai îmbucurător, cu contribuţia unor instituţii spitaliceşti, cari erau până acum ca inexistente din punct de vedere al manifestărilor ştiinţifice.

Graţie împrejurărilor fericite că în fruntea acestor spitale au ajuns elemente româneşti de valoare, am putut constata o colaborare a acestor instituţii în cadrul societăţii noasre. Salutăm deci cu bucurie pe d-nii d-ri Hortopanu şi Dariu, şefi ai spitalelor epidemic şi de copii, cari, odată cu avântul dat spitalelor pe cari le conduc, au găsit de datoria lor să onoreze şedinţele societăţii cu comunicări cât se poate de valoroase.

Nu odată am accentuat că colaborarea şi participarea tuturor aşezămintelor spitaliceşti este o condiţie esenţială pentru ca Societatea Ştiinţelor Medicale să atingă adevăratul scop pentru care ea a luat fiinţă. Acest lucru s'a dovedit imposibil atâta vreme cât conducătorii din trecut ai unor aşezăminte spitaliceşti erau străini de ştiinţa românească, precum şi protivnici oricărei iniţiative naţionale. Dorim să credem că această participare a tuturor elementelor de valoare să fie un început fericit şi ca alte instituţiuni să aibă ca exemplu această colaborare, încât pe viitor să înregistrăm o cât mai rodnică activitate.

In acelaşi timp trebue să amintim, cu regret, că plecarea din oraş a d-lui General D-r Dimitriu Mamani, unul din valoroşii membri ai Societăţii noastre, a lăsat un gol simţit în societate. D-sa a fost un animator al societăţii noastre.

Numărul şedinţelor în anul 1937—38 a fost de 9, deci cu 2 şedinţe mai puţine ca în anul 1936—37. Scăderea numărului de şedinţe, deci reducerea activităţii spre sfârşitul acestui an, se datoreşte unor motive străine de societate şi de voinţa membrilor ei.

Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj / Central University Library Cluj

Trecând la analiza comunicărilor, în cele 9 şedinţe avem în total 28 de comunicări:

Din medicina internă: 7 comunicări; — din chirurgie: 11 comunicări; — din ginecologie: 3 comunicări; — din oftalmologie: 1 comunicare; — din radiologie: 2 comunicări; — din boli contagioase: 2 comunicări; — din boli de copii: 1 comunicare; — din tuberculoză: 1 comunicare.

După instituţiunile din cari au provenit comunicările avem:

Spitalul central 22; Spitalul epidemic 2; Spitalul de copii 1; Spitalul militar 1; Sanatoriul T. B. C. 2.

O bună parte a activităţii societăţii a fost legată de existenţa organului nostru de presă, a „Vestului Medical", care publică cu toată regularitatea, activitatea desfăşurată în cadrul societăţilor medicale de pe întreaga graniţă de Vest.

Facem şi cu această ocazie constatarea plăcută că această revistă îşi urmează înalta misiune pentru care a luat fiinţă.

Atât valoarea ştiinţifică a lucrărilor publicate de această revistă, cât şi aprecierile de care se bucură în lumea medicală din ţară, arată utilitatea acestui organ de manifestare românească medicală la graniţa de Vest a ţării şi ne bucurăm azi cu atât mai mult, cu cât iniţiativa înfiinţării acestei publicaţii a pornit din cadrul Societăţii noastre.

Datorăm toată recunoştinţa şi mulţumirile noastre d-lui D-r Glăvan, fiindcă numai datorită muncii pricepute a d-sale şi societatea noastră şi revista „Vestul Medical" pot să-şi continue activitatea în condiţiuni ireproşabile, cu toate greutăţile financiare prin care trecem.

Incheind raportul nostru urăm noului comitet să perpetueze şi să amplifice activitatea societăţii noastre, care se arată sub auspicii atât de frumoase".

Procedându-se la alegere, se declară ales, cu unanimitatea voturilor, următorul comitet pentru anul 1937—38:

Preşedinte: D-r I. Glăvan.

Vice-Preşedinte: Medic Maior D-r C. Arghiriade.

Secretar general: D-r D. Hortopanu.
Secretari de şedinţă: Medic Lt. D-r Tr. Dumitrescu şi D-r I. Bulbuca.
Casier: D-r Ioan Nemeş.
Membrii în comitet: Medic Cpt. D-r Bogdan Valeriu, D-rii Dumitreanu Zeno, Dariu Liviu, Filip Aurel, Găldău Dumitru, German Victor, Halija Mircea, Isalcu Lazăr, Malei Ioan, Pop Alexandru.

Din «Vestul Medical».

* * *

Asociaţia Medico-Farmaceutică din Bacău

1931—1936

Dintr'o *„Dare de seamă asupra activităţii* în *anii 1931—1936 a Asoc. medico-farmaceutice din Bacău"*— Asociaţie înfiinţată în Dec. 1928, condusă dela anul 1929 de D-l D-r Radu Moise şi la şedinţele căreia numărul membrilor prezenţi a fost între 14—32, aflăm că grupate dupe specialităţi s'au făcut:

20 comunicări de PATOLOGIE GENERALĂ, între cari aceia a D-lor D-ri Radu Moise şi Iliescu asupra unui *„Complus organic de iod"* care este *Salsaparila iodată*, extract preparat din toţi principii solubili ai salsaparilei şi iod în proporţie de 1.95 la sută, din care 20 pic. conţin 2 ctgr. iod — 48 com. şi conf. de PATOLOGIE INTERNĂ, între cari acelea intitulate de autor, D-l D-r R. Moise *Hibrizi patologici* (datoriţi la asociaţia de afecţiuni, precum reumatismul cu tuberculoză, febra tifoidă care a deslănţuit un sindrom leucemic, febră tifoidă cu granulie); cazuri de *Cavernă sifilitică şi Sifilis peritoneal forma ascitică, Intoxicaţie cu acetat de taliu, Trat. prin injecţii de insulină al boalei seru ui* ş. a. — 32 comunicări de PATOLOGIE EXTERNĂ, între cari aceia a D-lui D-r Pătrăşcanu relativ la *Trat. pustulei maligne cu neosalvarsan* (3 inj. cu neosalvarsan doza III la 3 zile interval) — 4 com. de DERMATOLOGIE — 14 de NEUROLOGIE şi ENDOCRINOLOGIE — 13 com. de OTO-RINO-LARINGOLOGIE, între cari cazul de *Mastoidită medicală* (?), operată al D-lor D-ri *Creţer, Brill şi Munteanu* — circa 30 comunicări de ordin RADIOLOGIC, între cari aceia a D-lui D-r Eliescu asupra *Trat. cu raze al vărsăturilor incoercibile ale sarcinei.*

Precum vedem din această succintă dare de seamă de 40 pagini, corpul medical de la Bacău desfăşoară o frumoasă activitate de ordin ştiinţific şi profesional, care merită a fi menţionată în mod elogios.

M. Cânciulescu.

* * *

Dâmboviţa Medicală

Este titlul ce poartă *Buletinul lunar al corpului medical, farmaceutic şi veterinar* dela Dâmboviţa.

No. 3 şi 4 | Anul II, ce am primit la redacţie şi care corespunde lunilor Mai şi Iunie 1937, cuprinde darea de seamă a şedinţelor Coleg. medical al jud. Dâmboviţa din 29 Martie şi 29 Mai 1937, — discuţiile cari au urmat conferinţelor ţinute de D-nii D-ri B. Georgescu asupra *Morbului lui Pott*, I. Alexandrescu asupra Trat. cu *Prontozil şi Rubiazol în afecţiunile streptococice*, I. Apos-

tolescu asupra *Profesiunei medicale în noul cod penal;* — şi câteva reviste generale de punere la punct sau articole de ordin ştiinţific, între cari *Acţiunea controlaterală a pneumotoraxului terapeutic* de D-r Filip Bărbulescu; — precum şi o *Pagină terapeutică* şi numeroase *Recenzii.*

Partea terminală, foarte lăudabilă, vrea să imprime acestei publicaţii caracterul unei „Reviste" periodice care să servească şi de „Buletin" al Asociaţiilor profesionale respective.

Din această cauză trebuesc supraveghiate datele de apariţie ale articolelor recensate, ca să nu se insereze articole post-datate apariţiei numărului din Buletin.

M. C.

* * *

Cooperative sanitare rurale

D. D-r Cantemir Anghelescu, subdirectorul general al sănătăţii şi D-l D-r I. Stoichiţa, inspector general sanitar au fost delegaţi de ministerul sănătăţii în timpul conducerii D-lui D-r Costinescu, să studieze modul de organizare al cooperativeor sanitare rurale din Jugoslavia.

Desprindem câteva fragmente din raportul înaintat organelor erarhice ale M-terului Sănătăţii Publice:

Scopul: „Primele cooperative sanitare rurale au fost organizate avându-se ca scop imediat de a se asigura populaţiei, în schimbul unei mici cotizaţiuni lunare asistenţa medicală efectivă şi medicamente eftine. In acest scop fiecare cooperativă îşi avea medicul ei permanent angajat şi o mică farmacie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Al doilea scop urmărit a fost creiarea unui sistem de medicină preventivă şi sanitaţie, dimpreună cu o acţiune de propagandă şi educaţie sanitară. Cooperativele sanitare sunt organizaţiuni autonome (au conducere şi buget autonom), gestiunea se verifică odată pe an de organele centrale.

Utilitatea cooperativelor: Activitatea cooperativelor se manifestă în special în domeniul medicinei curative, care dealtfel este şi explicaţia reuşitei şi desvoltărei cooperativelor. Acţiunea de medicină preventivă s'a înscris ulterior în programul de lucru al cooperativelor sub forma de propagandă, educaţie şi rareori prin acţiuni sistematice.

Considerăm cooperativele sanitare ca o fericită complectare a organizaţiei de stat prin economiile de ordin bugetar care se realizează, prin întărirea şi utilarea iniţiativelor locale şi prin creiarea unei conştiinţe şi responsabilităţi sociale".

In concluzie d-nii D-r Cantemir Anghelescu şi I. Stoichiţa propun ca ministerul sănătăţii să sprijine înfiinţarea cooperativelor sanitare în ţara noastră.

M. C.

* * *

Conferinţa d-lui prof. Danielopolu la Soc. Medicală din Berlin

D-l Profesor D. Danielopolu a ţinut o Conferinţă la Societatea Medicală din Berlin, vorbind despre Angina pectorală.

D-l Profesor Siebeck, preşedintele societăţii, a salutat asistenţa în frunte cu D-na şi D-l Djuvara, ministrul României la Berlin, reprezentanţii ministerului afacerilor străine, ai ministerului propagandei şi ai ministerului muncii.

La conferinţa D-lui Profesor Danielopolu au mai asistat şi D-nii: Profesor Reiter, preşedintele Oficiului de Igienă al Reichului; Profesor Grote, vice-şef al Organizaţiei Medicilor din Reich; medic general Waldmann şi alţi medici de frunte germani.

D-l Profesor G. Danielopolu a fost numit Membru corespondent al Societăţii medicale.

* * *

D-l Docent D-r I. Bistriceanu a fost cooptat în şedinţa dela 26 Ianuarie a. c., ca membru în comitetul Societăţii de Hidrologie şi Climatologie Medicală din România.

* * *

D-l Docent D-r I. Bistriceanu, Medic primar de Neurologie, a fost invitat de către Comitetul de Organizare al I Congres Internaţional de Unde scurte din Europa Centrală, care va avea loc la Budapesta dela 4—9 Iulie a. c., să accepte titlul de Preşedinte h. c. al Congresului şi să ţină o conferinţă asupra „Progreselor terapeutice cu undele scurte în România".

* * *

SOCIETATEA INTERNAŢIONALĂ DE CHIRURGIE. — Societatea germană de Chirurgie, din care fac parte majoritatea membrilor austriaci ai Societăţii Internaţionale de Chirurgie, se ocupă încă de pe acum, în mod activ, în deplin acord cu Comitetul Vienez, de a asigura reuşita Congresului Societăţii, care se va ţine la Viena, dela 19—22 Septembrie 1938.

Şedinţele se vor ţine în „Konzerthaus" care dispune de localuri extrem de spaţioase şi unde va fi instalat un serviciu de Radio-telefonie, care va permite fiecărui dintre auditori, de a asculta diferiţi oratori în limba ce-i convine.

Toate măsurile vor fi luate pentru a asigura perfecta ţinută ştiinţifică a Congresului, unde vor fi discutate rapoartele asupra următoarelor chestiuni:

Tratamentul chirurgical al hipertensiunei; grefele ovariene; tratamentul chirurgical al kistelor şi tumorilor plămânului.

Aproape 200 de oratori sunt deja înscrişi la discuţiuni, care promit să fie din cele mai fructuoase.

Cu ocazia acestui Congres, Mesageriile Maritime, organizează o croasieră care plecând dela Marseille la 4 Septembrie, va da ocazie chirurgilor de a asista la şedinţe operatorii la Naples, Atena, Istambul, Odesa, Bucureşti, Budapesta.

Sosirea la Budapesta este prevăzută pentru 16 Septembrie, mulţi chirurgi cari nu doresc a face marele circuit, vor întâlni participanţii la croasieră. Sosirea la Viena va avea loc la 18 Septembrie, orele 17,25.

In aceiaşi seară, pentru a se cunoaşte, chirurgii vienezi vor organiza o serată la „Kursalon Stadpark".

Pentru toate lămuririle a se adresa delegatului României D-lui Profesor C. DANIEL, str. N. Filipescu 30, Bucureşti.

* * *

Congresul Internaţional de Chirurgie care trebuia să se ţină între 19 şi 22 Sept. 1938, la Viena, va avea loc la Bruxelles la aceiaşi dată. Medicii cari doresc să participe la acest Congres, vor trimite aderiunea lor D-lui LEOPOLD MAYER, 141, rue Belliard, Bruxelles.

* * *

D-l Prof. D-r I. Bădescu, d-l Docent D-r I. Bistriceanu şi d-l D-r C. Fortunescu au fost proclamaţi membri corespondenţi ai Academiei de Ştiinţe din România, secţia de biologie, în şedinţa plenară dela 21 Decembrie, 1937.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Doi absolvenţi în medicină, cărora li se oferă locuinţă gratuită, sunt invitaţi în staţiunea Vatra-Dornei, în cursul lunilor Iulie-August a. c., pentru a-şi lucra tezele de doctorat, tratând următoarele subiecte: 1) Cura carbo-gazoasă de Vatra Dornei în tratamentul hipertensiunii arteriale; 2) Modificări electro-cardiografice sub acţiunea băilor de acid carbonic dela Vatra-Dornei.

Doritorii se vor adresa D-lui Docent D-r I. Bistriceanu, Str. Pasteur No. 20, Bucureşti.

* * *

CONGRESUL INSUFICIENŢEI RENALE. — Al doilea Congres al Insuficienţei renale va avea loc la Evian între 21-24 Septembrie 1938. Acest congres organizat de Societatea Medicală din Evian va avea ca Preşedinte pe D-l Profesor F. Rathery şi ca Vice-Preşedinte pe D-l Profesor M. Chevassu. Rapoartele vor trata în mod exclusiv insuficienţa renală în legătură cu diferitele stari patologice.

Deasemenea vor putea fi prezentate şi comunicări în directă legătură cu subiectul de mai sus. Titlurile comunicărilor vor fi trimise Secretariatului General cel mai târziu până la 15 Iulie 1938.

Secretari generali: F. P. Merklen et M. Derot. Pentru cererile de înscrieré şi informaţiuni, doritorii se vor adresa Secretariatului Congresului: 138, Avenue de Champs-Elysés, Paris, 8.

* * *

Al IV-lea Congres Naţional de Tuberculoză

In zilele de 23, 24, 25 Septembrie a. c., va avea loc la Cernăuţi lal IV-lea Congres Naţional de Tuberculoză, la ordinea de zi fiind:

1. *Tuberculoza în mediul rural.*
Raportori: Prof. M. Ciucă: Aspectul general al problemei
G-ral D-r I. Bălănescu şi pt. D-r I. Gaspar, Prof. I. Moldovan şi Agregat Zolog (Cluj), Prof. I. Bălteanu şi Conferenţiar I. Alexa (Iaşi), D-r Stoichiţă (Sibiu) şi D-r M. Nasta şi I. Gaspar (Bucureşti): Rapoarte documentare.
2) **Turburările metabolismului în tuberculoză şi metodele terapeutice menite să le influenţeze.**
Raportor: Prof. Gh. Popoviciu (Cluj).
3) ***Tuberculoza laringelui.***
Raportor: D-r I. Ţeţu (Bucureşti).
4) **Rolul infirmierei vizitatoare în lupta antituberculoasă.**
Raportor: Doamna Costriş (Iaşi).

C.S. Universitatea Babeş-Bolyai Library Cluj

După Congres va avea loc o excursiune la Mânăstirile bucovinene.

Inscrierile se primesc la Secretarul General al Soc. pentru Studiul Tuberculozei: D-r M. Nasta, Splaiul Independenţei No. 103 (Institutul de seruri şi vaccinuri D-r I. Cantacuzino).

Taxa de înscriere este de lei 300.

Domnii Medici cari doresc a face comunicări (numai în legătură cu chestiunea la ordinea de zi), sunt rugaţi a anunţa odată cu inscrierea şi titlul comunicării.

* * *

Eforia Spitalelor Civile posedă în staţiunea balneară Eforia două mari Sanatorii cu o capacitate de 300 paturi pentru bolnavii cu afecţiuni reumatice, două mari stabilimente balneare pentru băi calde cu nămol, aplicaţii calde cu nămol, hidro-terapie, fizio-terapie, mecano-terapie, cari alcătuesc Diviziunea cardio-reumatologică din această

Staţiune a Institutului Clinico-Medical A. din Spitalul Filantropia Bucureşti de sub direcţiunea D-lui Prof. D-r D. DANIELOPOLU. Această Diviziune mai cuprinde o consultaţiune cardio-reumatologică şi laboratoare de analize medicae. Acli se îngrijesc în primul rând toate afecţiunile reumatismale. In plus, se mai pot îngriji şi alte afecţiuni carî necesită cura de nămol, helioterapie, aer de mare, etc. Se exclud leziunile tuberculoase. Primirea bolnavilor se face prin consultaţie de boli reumatice dela Institutul Clinico-Medical A. din Spitalul Filantropia, B-dul Col. Mihail Chica, No. 5, Bucureşti, care funcţionează în zilele de Marţi, Joi şi Sâmbătă dela orele 10½—12 dim. In timpul sezonullui, consultaţiile de primire vor funcţiona şi în Staţiunea Eforia.

Bolnavii sunt admişi în trei serii:
I. dela 1 Iulie la 28 Iulie inclusiv.
II. dala 1 August la 28 Auugust.
III. dela 1 Septebrie la 22 septembrie inclosiv.

In Sanatoriul A. (fost Grand-Hôtel) taxele pentru o cură complectă încep dela suma de lei 14,900 de persoană.

In Sanatoriul B. taxele încep dela 5800 lei de persoană. In aceste taxe se cuprinde camera, masa, analizele medicale, toată îngrijirea medicală necesară, băile de nămol şi toate tratamentele indicate (hidro-, fizio-, mecano-, helio-terapie, masaje, gimnastică medicală, etc). In Sanatoriu B. există un număr de 90 de paturi carî alcătuesc secţia de spital a acestei Diviziuni şi în care se primesc în mod gratuit bolnavii săraci cu afecţiuni grave reumatice.

In stabilimentele balneare ale acestei Diviziuni pot urma tratamente şi bolnavi carî locuesc în celelalte vile din Staţiune. Informaţiuni detaliate la Institutul Clinico-Medical A. — Spitalul Filantropia, Sos. Mihail Ghica, No. 5 — Bucureşti, iar în timpul sezonului în Staţiunea Eforia.

BCU Cluj / Centrul Universitar Cluj

* * *

Al IV-lea curs de perfecţionare organizat de către «Asociaţia Docenţilor Universitari» şi de către Institutul de Balneologie dela Facultatea de Medicină din Cluj

Asociaţia Docenţilor Universitari dela Facultatea de Medicină din Cluj şi Institutul de Balneologie cu concursul Facultăţii de Medicină din Cluj, va organiza un curs de perfecţionare pentru medicii din ţară dela 12—24 Septemvrie 1938. Cursul va consta din două părţi.

Prima parte a cursului se va ţine la staţiunea balneară Sovata, dela 12—19 Septemvrie şi se va ocupa cu problema reumatismului din toate punctele de vedere, cu alte chestiuni balneologice mai importante şi excursiuni în staţiunile balneare din Transilvania.

A doua parte a cursului se va ţine dela 19—24 Sept., în cadrele Facultăţii de Medicină din Cluj şi se va ocupa cu actualităţi în diagnosticul şi terapeutica clinică cu caracter eminamente practic.

Programul cursului dela Cluj este următorul:

LUNI, 19—IX, 1938.

Ora 10—11, Prof. D-r Iuliu Haţieganu: Concepţii noi în tratamentul reumatismului.

Ora 11—12, Prof. D-r I. Goţa: Tratamentul modern al anemiilor.

Ora 12—1, Prof. D-r **C. Grigoriu**: Actualităţi în ginecologie.
Ora 4—5, Doc. D-r **I. Gavrilă**: Vitamino-terapia.
Ora 5—6, Doc. D-r **L. Daniello**: Valoarea tomografiei în diagnosticul afecţiunilor pulmonare.
Ora —67, Agr. D-r **N. Zolog**: (Inst. de Igienă) Diagnosticul de laborator în febra tifoidă.

MARŢI, 20—IX, 1938.

Ora 8—10, Demonstraţie la Clinica Medicală (Prof. D-r I. Haţieganu).
Ora 10—11, Prof. D-r **D. Michail**: Actualităţi în oftalmologie.
Ora 11—12, Doc. D-r **P. Vancea**: Carenţa şi vitamine în oftalmologie.
Ora 12—1, Doc. D-r **I. Iancu**: Convulsiunile infantile şi tratamentul lor.
Ora 4—5, Doc. D-r **M. Nichita**: (Clinica Chirurgicală) Artritele cronice netuberculoase ale şoldului.
Ora 5—6, Prof. D-r **A. Pop**: Indicaţiile şi tratamentul în apendicita acută.
Ora 6—7, Prof. D-r **E. Ţeposu**: Tratamentul litiazei renale.

MIERCURI, 21—IX, 1938.

Ora 8—10, Demonstraţii la clinica infantilă. (Praf. D-r Gh. Popoviciu, D-r Munteanu, D-na D-r Berariu).
Ora 10—11, Prof. D-r **G. Popoviciu**: Turburările de nutriţiune şi tratamentul lor.
Ora 11—12, Prof. D-r **I. Minea**: Tratamentul hemiplegiei.
Ora 12—1, Prof. D-r **Negru**: (Inst. de Radiologie) Subiect rezervat.
Ora 5—6, Prof. D-r **Urechia**: Turburările psihice în anemii şi tratamentul lor.
Ora 6—7, Doc. D-r **C. Velluda**: (Inst. de Anatomie) Câteva consideraţiuni în legătură cu chirurgia vegetativă.

JOI, 22—IX, 1938.

Ora 8—10, Demonstraţii la clinica dermatologică (Prof. D-r C. Tătaru, D-r L. Pop, D-r Cirlea).
BCU Cluj / Central University Library Cluj
Ora 10—11, Prof. D-r **C. Tătaru**: Actualităţi terapeutice în bolile de piele.
Ora 11—12, Doc. D-r **T. Popoviciu**: Tratamentul anexitelor.
Ora 12—1, Doc. D-r **I. Voicu**: Conduita medicului în timpul facerii.
Ora 5—6, D-r **M. Hăngănuţ**: (Clinica Medicală) Actualităţi de diagnostic radiologic.
Ora 6—7 jum., Prof. D-r **G. Buzoianu**: Afecţiunile pulmonare de origine nazală şi tratamentul lor.

VINERI, 13—IX, 1938.

Ora 8—10, Demonstraţii la clinica medicală (Prof. D-r I. Goia).
Ora 10—11, Prof. D-r **T. Spârchez**: Medicaţiunea vasculară.
Ora 11—12, Doc. D-r **V. Cimoca**: Acnea şi tratamentul ei actual.
Ora 4—5 jum., Doc. D-r **Zugravu**: (Inst. Principesa Elena, Calea Regele Carol II) Alimentaţia copilului după sistemul Pirquet.
Ora 6—7 ujm., Doc. D-r **C. Stanca**: (Inst. de Cancer, Calea Mareşal Foch) Importanţa anamnezei în obstetrică.

SAMBATA, 24—IX, 1938.

Ora 9—10, Demonstraţii din obstetrică şi ginecologie (Prof. D-r C. Grigoriu, Doc. D-r Popoviciu, Doc. D-r Voicu, D-ri Purge şi Căprioară).
Ora 10—11, D-r **A. Moga**: (Clinica Medicală). Tratamentul insuficienţei circulatori acute.
Ora 11—12, Doc. D-r **I. Gavrilă**: Actualităţi în terapeutica bolilor de nutriţie.
Ora 4 jum. Vizitarea Instituţiilor Medicale.

Inafară de demonstraţiile practice înscrise în program la dorinţa participanţilor pe cari îi interesează anumite specialităţi, se vor face mai multe demonstraţii practice de bolnavi şi de laborator din specialitatea respectivă, între orele 8—10 dimineaţa.

Societatea de Medicină din Cluj · Biblioteca · ROMÂNIA

Marea marcă dintre
Antisepticele Urinare
și Biliare

URASEPTINE
Rogier

Dizolvă **și alungă** **Acidul Uric**

Literatură și eșantioane
STUDERUS & Co.
București, Str. Sft. Gheorghe No. 29

ANTIREUMATIC OERIU

(LITIUMSULFONAFTENAT)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Suveran în:
REUMATISM CRONIC,
REUMATISM ACUT,
SCIATICA,
LUMBAGO

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

Combinat cu diferite băi de nămol, ape de iod, fier, sulf, clorură de sodiu și alte săruri minerale, s'au obținut rezultate, cari au întrecut toate așteptările

Aprobat de onor. Ministerul Sănătății cu No. 42260

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

Injecțiile se fac, zilnic sau la 2 zile, intravenos sau intramuscular. La tratamentul combinat, injecțiile se administrează după 3—5 ore de la baia rece sau caldă. Nu există contra-indicație.

INTRAVENOS sau
INTRAMUSCULAR

Mostre și literatură: A. STUDERUS & Co. București, Str. Sft. Gheorghe 29 — Tel. 3-19-94