ANUL XVI-lea, No. 9–10 SEPT. şi OCT. 1943

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE
MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COMITET DE DIRECŢIE ŞTIINŢIFICĂ:

P-r C. ANGELESCU
Preşedinte al Academiei de Medicină şi al Academiei de Ştiinţe din România

P-r M. CIUCĂ
Membru al Academiei Române şi al Academiei de Medicină

P-r C. DANIEL
Membru al Academiei de Medicină din România, din Paris şi din Roma

P-r D. DANIELOPOLU
S-tar g-ral al Academiei de Med. din România. Membru al Acad. de Med. din Paris

V. GOMOIU
Preşedinte al Soc. Intern. de Istoria Medicinei. Membru al Acad. Nacional de Medecina din Madrid şi al Royal Society of Medicine din Londra.

P-r IONESCU-MIHAEŞTI
Director al Inst. „D-r I. Cantacuzino", Membru al Acad. de Med. din România

C. LEVADITI
de la Institutul Pasteur
Membru al Academiei de Medicină din Paris

P-r ST. NICOLAU
Membru al Academiei de Medicină din România

P-r C. I. PARHON
Membru al Academiei Române şi al Academiei de Medicină

DIRECTOR:
Docent M. CĂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

Pag.

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CĂNCIULESCU: **Doi ani de activitate sanitară. — Noua lege a Colegiului medicilor. — Cărţi apărute.** 475

REVISTE GENERALE

Prof. T. VASILIU: **Anatomia patologică a reumatismului şi a proceselor allergice** 481

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

GH. BĂJEU: **Plăgile prin arme de foc ale cordului (Indicaţii — conduită terapeutică — rezultate — cu ilustraţia a două cazuri)** . 495

GH. BUNGEŢIANU: **Contribuţiuni la studiul biologic a două regiuni ale ţării** 503

Doc. V. CERCHEZ şi Extern V. V. CERCHEZ: **Flictenele oculare şi tuberculoza. — Corelaţia dintre ele** 513

H. MACHELARIE şi C. IONESCU: **Consideraţiuni asupra etiologiei şi patogeniei astmului bronşic** 525

V. M. PLĂTĂREANU: **Sindromul hipercolesterinemic acut** . . 539

(Urmare pag. 2 cop.)

4187 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

222

Pag.

Conf. FL. SĂRĂȚEANU: **Boala lui Fox și Fordyce** . . . 547

A. ZORAN, L. MIRCEA, S. Z. RĂSVAN și M. ZORAN: **Contribuțiuni la studiul leucocitozei și vaccinării în tusea convulsivă** . 563

FAPTE CLINICE

G. DONICEANU: **Icterul cataral epidemic sau hepatita acută icterigenă infecțioasă epidemică benignă în campania din răsărit** 571

T. GEORGESCU: **Contribuțiuni asupra traumatismelor abdominale** 575

GR. GR. IAMANDI: **Curiozități parazitologice. Fenomene de hiperparazitism între ectoparaziții omului** 579

N. SCHIOPU: **Infecțiune puerperală și septicemică post partum cu bacil piocianic și cu mastita supurată bilaterală consecutivă** . 583

M. STOINESCU: **Un caz de miopatie congenitală familială** . 589

LECȚIE INAUGURALA

Prof. I. ȚEȚU: **Locul oto-rino-laringologiei în cadrele patologiei generale** 593

REUNIUNI MEDICALE

A. MACELARIU: **Reuniunea medicală regională dela Timișoara** — 30 și 31 Mai 1943 597

ANALIZE

Anatomie-chirurgie

Conf. DORIN DUMITRESCU: **Sistemul aortic superior.** — Ed. „Cartea Românească", București, 1943 601

Igienă școlară

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L. S. DANIELLO, N. BUMBĂCESCU și DIMITRIE TUDORANU: **Igiena Universitară la Cluj.**— Tip. „Cartea Românească", Cluj-Sibiu, 1943. 603

Sânge

G. BENETATO: **Transfuzia cu sânge conservat.** — Sibiu, Inst. grafic „Dacia Traiană", 1943 604

Varia

Prof. S. LALU: **Diverse.** — 2 fasc., Tip. „Cultura", Buc., 1943. 606

II.

DIVERSE — INFORMAȚIUNI

Colaboratori... pag. 55. — **Din sumarele viitoare...** pag. 56. — **Lucrări primite la redacție...** pag. 58. — **Publicitatea caselor farmaceutice...** pag. 60. — **Condițiile de publicare, publicitate și abonament...** pag. 62.

PARTEA I

Cronică medicală

DOI ANI DE ACTIVITATE IN MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

O întreagă serie de legiuiri noi, la baza cărora stă o concepție nouă și unitară, a modificat Harta sanitară a țării, în ultimul timp.

D-l Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătății și al Ocrotirilor Sociale, a cuprins într'o broșură apărută de curând, realizările obținute pe terenul sanitar în ultimii 2 ani, de când D-sa conduce Ministerul. Deși nu poartă niciun en-tête pe copertă și nicio semnătură între coperte, socotim oficială această dare de seamă și o menționăm în capul acestei cronice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In „Introducere" este semnalat spiritul, în care au fost întreprinse aceste realizări. In „Incheere" sunt menționate direcțiile, în care activitatea sanitară se va strădui în viitor. In cuprins sunt prezentate realizările sanitare:

I. ACTIVITATEA IN DOMENIUL ORGANIZARII SANITARE

Problema cadrelor medicale și a personalului sanitar necesare organizației sanitare a statului și practicei medicale a fost atăcată prin efectuarea în ziua de 15 Martie 1941, a unui recensământ general al medicilor din întreaga țară. Randamentul facultăților de medicină a fost mărit. Specializarea cadrelor a fost favorizată, și numărul medicilor specialiști a fost controlat și fixat. S'a făcut o lege pentru selecționarea cadrelor medicale și înmulțirea medicilor specialiști.

Serviciile centrale și exterioare ale M-terului au fost reorganizate prin **descentralizarea și comprimarea administrației sanitare** și prin **favorizarea serviciilor tehnice.**

Situația **bunurilor Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale** a fost luată în considerare, a fost fixată și s'au luat măsuri ca ele să fie apărate.

Diferitele construcțiuni și servicii au fost reparate, larg amenajate și din nou dotate prin fonduri considerabile obținute prin afectare de împrumuturi directe și credite de război.

Situația personalului sanitar a fost ameliorată prin măsuri de salarii, acordare de gradații, prime de merit, împrumuturi garantate.

Personalul medical și sanitar a fost sporit și numărul școlilor de învățământ a fost înmulțit.

O **operă de coordonare** (sabotată până în ultimul timp) și **de colaborare**

(încă neînțeleasă în măsura necesară) a fost fixată și anunțată, stabilindu-se în principiu că va trebui să se asigure bolnavilor de orice categorie socială și de orice situație materială o asistență completă, competentă și rapidă.

Activitatea studenților în medicină în cursul stagiului de vară a fost luată în considerare și stabilită.

Instituțiile și personalul refugiat au fost plasate și organizarea sanitară a Basarabiei și Bucovinei refăcută.

Organizarea profesională în cadrul colegiilor medicale și în cadrul noului stat român a fost întreprinsă.

II. ACTIVITATE ȘI REALIZĂRI ÎN DOMENIUL MEDICINEI PREVENTIVE

Prin punerea pe noi baze a organizării și funcționării Consiliului Sanitar Superior și a ținerii conferințelor trimestriale, s'a întreprins cu succes remarcabil prevenirea și combaterea bolilor infecțioase, a bolilor sociale (tuberculoza, bolile venerice, malaria), alimentarea cu apă potabilă, igiena școlară, organizarea preventivă (prin înființarea de noui circumscripții sanitare rurale, noui plăși sanitare, noui laboratoare regionale de igienă, școală de inițiere pentru surorile de ocrotire, cursuri pentru sărace, medici stagiari militari), reorganizarea serviciului sanitar al Capitalei, educația igienică a populației și propaganda sanitară care trebue să fie permanentă și amplificată.

III. ACTIVITATE ȘI REALIZĂRI ÎN DOMENIUL MEDICINEI CURATIVE

S'a manifestat prin **progresele remarcabile realizate de spitalele statului.** Au fost organizate spitale pentru răniți. Aprovizionarea cu materiale sanitare a putut face față necesităților și împrejurărilor. S'au format echipe volante de chirurgie. Spitalele din Bucovina și Basarabia au fost înzestrate. Activitatea spitalicească sporită (prin creșterea încasărilor, înmulțirea consultațiilor și a internărilor).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Problema farmaciilor a fost rezolvată prin românizarea farmaciilor, unificarea regimului farmaciilor, înființarea de noui farmacii în mediul rural, finanțarea nouilor farmacii, sporirea numărului de farmaciști în țară.

IV. ACTIVITATE ȘI REALIZĂRI ÎN DOMENIUL OCROTIRILOR SOCIALE

Această activitate s'a desvoltat printr'o colaborare activă cu Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale și s'a făcut în favoarea invalizilor, văduvelor și orfanilor de război; a refugiaților; a copiilor în general, a școlarilor (prin sporirea cantinelor, ajutoare în alimente, în materiale și în bani), a bătrânilor (prin anchetele sociale).

Această bogată activitate realizează în toate sectoarele și pe toate fețele vieții sanitare, care a modificat radical Harta sanitară a țării, continuă direct dar cu mai multă amploare și prevederi organizarea sanitară intenționată de D-l Prof. I. Moldovanu, dându-și mâna peste 10 ani de provizorat, dibuiri și experiențe neizbutite cu legea votată dar neaplicată în 1930.

Cele semnalate mai sus trebue considerate ca început de organizare sanitară rațională. Succesul va depinde de **perzistență în sforț** și de **obținerea rezultatelor pe teren.** Numai o continuitate în acțiune, o unitate de comandament, un spirit de coordonare și de colaborare din

partea tutulor (autorităţi şi stat, instituţiuni, corp medical şi populaţie), — va asigura punerea în aplicare cu folos a acestor legiuiri vaste chemate să constituiască **Codul sanitar** al ţării noastre şi să schimbe **Harta sanitară** a ţării.

Acestei faze de concepţie teoretică, care constituie un început atât de reuşit, va trebui să urmeze faza de aplicare practică, pe care nu o vor putea realiza cu succes decât oameni hotăriţi, pricepuţi şi cu autoritate, aşezaţi de sus până jos cel puţin la răspântii, dacă nu în capul fiecărei instituţiuni sau serviciu sanitar, oameni care să supravegheze, să îndrumeze, să sancţioneze şi la nevoie să îndepărteze din serviciu pe cei neadaptaţi, pe saboteuri, pe recalcitranţi, pe infractori. Este în interesul corpului medical al ţării, al însăşi autorităţii supreme care se vrea neştirbită, ca neghina să se aleagă din grâu.

NOUA LEGE A COLEGIULUI MEDICILOR

In „Monitorul Oficial" din 6 Sept. 1943, s'a promulgat Legea No. 656 pentru Organizarea Colegiului.

In expunerea de motive a D-lui Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, care însoţeşte textul Legii, se arată că Colegiul Medicilor instituit în anul 1930, a funcţionat alături de „Asociaţia generală a medicilor" care a luat fiinţă în anul 1897, până la 17 Aprilie 1940, când ambele instituţii au fost unificate într'una singură, sub controlul Statului. La 15 Noembrie 1940, legea a fost modificată în sens strict naţional. Noua unificare a fost făcută pentru a pune practica profesională medicală în concordanţă cu legea de organizare a statului din 25 Martie 1943.

Ca inovaţie, se stabileşte o proporţie între numărul medicilor şi populaţia oraşelor pentru a combate tendinţa de aglomerare a medicilor în centrele urbane în dauna celor rurale, socotindu-se proporţia de cel mult un medic pentru 1000 locuitori şi de un specialist pentru 10.000 locuitori. Limitele vor fi depăşite de medicii de toate gradele care ocupă funcţiuni în instituţiunile publice sau particulare controlate de stat, cari vor fi înscrişi în Colegiul respectiv până la data definitivării, în caz contrariu vor fi radiaţi. Aceeaşi situaţie se creează pentru medicii militari activi şi pentru medicii veniţi să facă un stagiu de 2 ani în mediul rural.

Ca alte dispoziţiuni atragem atenţia asupra obligativităţii pentru colegii de a reglementa onorariile, stabilind plafonul în favoarea pacienţilor şi retribuţiuni minimale în favoarea medicilor. Toţi medicii vor fi obligaţi a se înscrie în Colegiu, funcţionari sau pensionari publici şi particulari, civili şi militari chiar dacă nu vor face clientelă particulară. In cursul lunei Ianuarie, în baza datelor statistice oficiale, stabilite în fiecare an se vor publica în „Monitorul Oficial" locurile vacante în care admiterea medicilor noui ca şi acelora care solicită transferarea se va face în baza unui examen trecut în faţa unei comisii. Medicul chiar dacă nu este funcţionar întrucât îndeplineşte în stat o funcţiune socială de interes naţional, drepturile şi obligaţiunile membrilor vor fi reglementate de această nouă concepţie a profesiunei medicale. Comitetele judeţene vor fi constituite peste tot dintr'un număr egal de membrii, fără a se mai ţine seamă de numărul medicilor înscrişi în colegiu. Durata comitetului este de 3 ani. Comitetul se întruneşte obligator odată pe lună, de asemenea şi membrii secţiunilor judeţene, în Reuniunile lunare desbătându-se probleme ştiinţifice şi probleme de interes sanitar sau profesional. Ca abateri profesionale, enumerarea nu este limitativă, ca abateri profesionale fiind consi-

derate orice fapte de natură a atinge prestigiul profesiunii de medic sau onoarea profesională. Scara sancțiunilor dictate de către comisiunile de disciplină a fost extinsă. Pentru medicii evrei cari vor forma o secțiune aparte a Colegiului și al cărei președinte va fi desemnat de către Comitetul județean respectiv, se prevede că ei nu vor putea îngriji fie la domiciliu, fie la sanatorii evreești decât bolnavi evrei; dela această regulă nu se face excepție decât în cazuri de extremă urgență; în Regulamentul legii se vor prevedea desigur sancțiunile ce vor fi aplicate și calea de procedură pentru abaterile dela această regulă, pentru ca excepțiile să nu devină regulă.

Legea nouă, mai restrânsă în formă și mai extinsă în prevederile de fond, prezintă superioritate incontestabilă față de textele anterioare. Dar bune rezultate nu se vor putea obține decât prin aplicarea efectivă a prevederilor statutare.

CĂRȚI NOUI

In partea finală a acestui număr, la **Analize**, au fost prezentate câteva cărți noui asupra cărora ne facem o datorie a atrage atenția.

Sistemul aortic superior scris de D-l Conferențiar D. Dumitrescu, până să servească chirurgilor, va trebui să constituiască Manualul de învățătură în materia respectivă al studenților din anul III.

Igiena universitară dela Cluj, urmărită de D-rii Daniello și Bumbăcescu, poate servi ca model de organizare pentru toate universitățile noastre, precum pentru orice aglomerații în massă de studenți, mai cu seamă în Facultățile de medicină cari funcționează în prezent până la refuz de local, cu personal instructor neîndestulător, asigurând o instrucție necesarmente insuficientă.

Transfuzia cu sânge conservat stabilită de D-l Prof. Benetato dela Cluj-Sibiu, este menită să intre în practica medicală curentă; orice medic nu se va putea lipsi de această nouă armă terapeutică.

Diversele D-lui Prof. S. Lalu, sunt nu numai distractive, dar instructive și filosofice; vor fi chemate să constituie o carte de căpătâi pentru medicul trudit de munca unei zile, pentru cel zorit să afle succesul și pentru cel care la capătul unei vieți laborioase va simți nevoia să-și întoarcă privirea spre trecut; o asemenea carte se întâlnește rar chiar în literatura medicală mondială.

M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

Tratamentul ŞANCRULUI MOALE
şi COMPLICAŢIILOR SALE
Prin injecţiuni intramusculare

cu:

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

„NICOLAU — BANCIU"

din surse polivalente de Bacili Ducrey

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR
Este foarte bine tolerat. Nu dă şoc, nici febră, permiţând tratamentul ambulatoriu.

Prezentarea: Cutii cu 6 fiole à 2 cmc.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

Cluj / Central University Library Cluj

35 ani de existenţă
1907-1942

Emulsie pură de ferment lactic viu, care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:
COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră
COPIII de la 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute** *şi* **cronice** *la copii şi adulţi,* **eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, urticaria, colibaciloză** *etc.*

Estetica Feţei

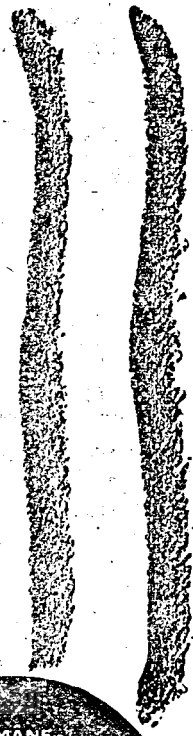
VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARAŢEANU

INDICAŢIUNI:
Toate formele pustuloase de ACNEE VULGARĂ facială.
Indicaţiuni secundare: ACNEE ROZACEE.
Toleranţă locală şi generală perfectă

Pentru literatură şi eşantioane a se adresa
LABORATOR „Dr. A. BANCIU"
BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 (Etaj) Tel. 584.29

NOVARSENOBENZOL BILLON



RĂMÂNE MEDICAMENTUL CEL MAI INDICAT AL TRATAMENTULUI DE ASALT AL SIFILISULUI

INJECȚII INTRAVENOASE

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
RAROUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Propaganda medicală „SPECIA" Str. Anastasie Simu 6, București (III).

ANATOMIA PATOLOGICĂ A REUMATISMULUI ŞI A PROCESELOR ALLERGICE

de

Prof. D-r T. VASILIU – Cluj (Sibiu)

In ultimii 10-15 ani, concepţia nozografică a reumatismului în general şi cel infecţios în special, interesează toate cercurile medicale, clinice şi anatomo-patologice de pretutindeni, cunoştinţele noui venind să modifice cu totul şi chiar să alunge noţiuni, cari se credeau definite în patologie.

Este un merit al anatomiei patologice, noua îndrumare a cunoştinţelor asupra acestei boale, aşa de puţin definită prin titlul pe care-l poartă, de: „Reumatism". Acest substantiv exprimă adjectival ideea vagă de umezeală, răceală şi scurgere, ajungând să însemne dureri osoase sau musculare, în raport cu răceala, pentru ca mai târziu una din formele lui acute, cu prinderea articulaţiilor, să denumească o boală asemănătoare celor definite prin etiologia lor bacteriană, chiar dacă această etiologie este încă necunoscută, cum se întâmplă în multe boale infecto-contagioase: pojar, variolă, turbare. Atunci noţiunea generală a reumatismului s'a despărţit în două cadre: reumatism poliarticular acut şi reumatism cronic, iar nelămurirea a devenit din ce în ce mai mare, mai cu seamă în ceea ce priveşte cadrul reumatismului cronic. Şi astăzi se discută mult, dacă este vorba de o concepţie unitară a bolii sau de un „sac" de afecţiuni, numit impropriu reumatism, cu etiologii variate, cari nu sunt cunoscute.

Reumatismul acut articular, numit şi reumatism infecţios (Gräff) prezintă de sigur, clinic, o înfăţişare care-l defineşte destul de precis, când prinde articulaţiile şi bolnavul prezintă o febră caracteristică, asemănându-se perfect unei boale infecţioase, fie că prinde sau nu inima. Este meritul clinicianului francez Bouillaud (jumătatea primă a sec. XIX), care a definit acest sindrom acut şi legăturile lui cu afecţiunile endocardice şi ale inimei, stabilind acele faimoase legi, care au din acel etern al observaţiilor geniale şi sunt rămase valabile şi astăzi. Cea mai bună denumire ar fi de **Boala lui Bouillaud**, cum o numeşte şcoala franceză, pentru a o scoate din haosul nepreciziei terminologice şi a avea un termen imparţial neutru. Greu este să-i găsească acel

ce o descrie, locul ei nozografic. Este trecută la boale infecţioase, cum este trecută şi la articulaţii cu inflamaţii acute, sau la boalele acute ale inimei şi ale endocardului, iar reumatismul cronic la oase şi la muşchi.

Anatomia patologică a rămas spectatoare multă vreme, neputând să-i dea satisfacţia de a prezenta un tablou caracteristic al reumatismului, care s'o definească. S'a mulţumit să descrie şi să studieze unele leziuni în endocardite, dar mai cu seamă în forme de endocardite acute, cari se întâlnesc în infecţii streptococice, cât şi în rămăşiţele unor îmbolnăviri după vindecare. Leziunile articulaţiilor erau considerate ca artrite acute inflamatorii specifice, ca o determinare articulară a infecţiei cu caracter septic reumatic. Cu un cuvânt, nu se cunoşteau leziuni specifice ale reumatismului articular şi deci baza patologiei lipsind, încadrarea sindroamelor era imperfectă, în lipsa cunoaşterii agentului patogen. Tocmai în anul 1904, Aschoff descrie nişte noduli mai mult sau mai puţin caracteristici, mici granuloame cari se găsesc în miocardul bolnavilor de reumatism şi aceşti noduli rămân multă vreme singurul criteriu istologic al reumatismului adevărat, acut, constatat în miocard. Mai târziu aceste leziuni nodulare au fost găsite şi în alte organe, putându-se izola oarecum pe baze anatomo-patologice, conceptul de boală infecţioasă a reumatismului articular acut, care ar fi produs probabil de un agent încă necunoscut, la fel cu alte boale infecţioase, însă o entitate morbidă bine definită. S'au descris mai multe bacterii, coci în special, cari se cultivă atât în sânge cât şi din leziunile valvulare endocardice, deosebite de stafilococii hemolitici sau cei „verzi" (viridans), din alte endocardite. In acelaşi timp însă acest concept de reumatism, boală infecţioasă specifică, cerea ca celelalte îmbolnăviri numite reumatice sau „reumatoide" să fie considerate ca fiind cu totul de altă natură, neputând intra în acest cadru, neavând nimic comun cu boala lui Bouillaud, afară de forma cronică, care urmează forme reumatismale acute. In această perioadă de timp, care ţine dela începutul sec. XX-lea, după descrierea nodulilor lui Aschoff şi Geipel, până de curând cu 10 ani în urmă, când studiile anatomo-patologice asociate cu cele experimentale, conduc pe alte căi concepţia reumatismului articular şi a formelor reumatoide. Studiul leziunilor în unele îmbolnăviri experimentale, pe de o parte cât şi la om, ca şi cel cunoscut sub numele de fenomenul lui Koch în tuberculoză, precum şi studiile proceselor anafilactice ale lui Richet şi Artus, conduc mai târziu la noţiunile închegate sub denumirea de „Allergie" denumită de v. Pirquet şi confirmată de numeroşi cercetători, în special germani din ultimul deceniu, au condus la constatări interesante, şi zilnic aceste idei şi fapte noui îşi fac drum mai larg în patologie. Suntem încă în faza când o hotărîre definitivă nu este dată, fiind şi fapte contradictorii, cari pot conduce la concepţii diametral opuse. Totuşi nu se poate trece peste impresionantul număr de cercetători, urmat de fapte anatomo-patologice, clinice şi experimentale, şi a nu le cerceta şi confrunta cu faptele ce le constatăm fiecare din noi şi a le supune criticei strânse, pentru a căuta şi a le interpreta sub lumina sintetică a faptelor. De aceea pentru obiectivitate voiu relata întâi cercetările anatomo-patologice, considerate ca fiind la baza stării lor reumatice de toate categoriile. După aceasta

BCU Cluj / Central University Library Cluj

vom face un rezumat al stării actuale de cunoştiinţe anatomo-patologice în fenomenul de allergie şi în urmă vom trece la critica faptelor, în ceea ce priveşte concepţia actuală a reumatismului în lumina stărilor allergice.

ANATOMIA PATOLOGICA A REUMATISMULUI

Reumatismul articular acut poartă diferite numiri. Pentru cunoaşterea lui trebue să amintim: reumatismul acut (Talalajew), granulomatoză reumatică (Fahr), reumatismul infecţios acut (Gräff), reumatismul febril (Klinge); aceste denumiri căutând să înlocuiască pentru mai mare precizie termenul vechiu: reumatismul articular sau boala lui Bouillaud, a francezilor.

Intr'o boală ca reumatismul, definit numai clinicește, fără etiologie cunoscută, era natural ca anatomia patologică să caute să înlocuiască lipsele cunoscute în caracterizarea şi diagnosticarea ei. Comparând cu tuberculoza şi sifilisul, mult mai înainte de descoperirea microorganismelor cauzatoare, anatomia patologică din timpul lui Laënnec, încă a contribuit la consolidarea entităţilor nozografice, prin analiza acelor multiple forme, sub care se prezintă ele, aşa cum s'a făcut cu identificarea celor două mari categorii morfologice în tuberculoză: a tuberculozei nodulare şi celei cazeoase, ca fiind una şi aceiaşi boală, ceea ce descoperirea bacilului lui Koch a verificat.

In reumatism, afară de procesul inflamator endocardic şi cel seros al articulaţiilor, anatomia patologică era redusă la puţin, din cauza nespecificităţii leziunilor anatomo-patologice şi nu putea afirma numai pe bază de leziuni, probabilitatea unui agent specific sau măcar a unui cadru de boală, reumatic. După descoperirea nodulilor de Aschoff, s'a putut confirma în multe cazuri de miocardită o etiologie probabilă specifică „reumatică" a boalei, ceea ce a însemnat un mare pas înainte. Leziunea anatomo-patologică este un proces granular, deosebit de tuberculoză şi sifilis, încât acolo negativitatea găsirii bacilului Koch sau a spirochetei, ne ajută a pune diagnosticul de reumatism. Incetul cu încetul, multe alte cercetări au pus în evidenţă aceşti noduli şi în alte organe: endocard, pericard şi alte seroase, în special în muşchiu şi mult mai târziu în viscere: renichi, splină, ficat.

Nodulul zis al lui Aschoff este un granulom; el are o mărime vizibilă cu ochiul liber, însă şi nesigur, nodulul putând fi şi mai mic, cât un bob de mac (submiliar); este aşezat pe lângă vasele mari sau chiar în adventiţia lor. Microscopic se văd celule mari, histiocitare, cu nucleul reniform şi de aspecte variate, având protoplasma în jur evidentă; unele celule au chiar mai mulţi nuclei, fără a semăna însă cu celulele Langhans din tuberculoză. Aceste celule sunt dispuse radiar, câteodată au la centru nucleii, iar la periferie o masă de protoplasmă comună, mai slab colorată şi în alt ton de culoare (Aschoff). Mai târziu Gräff a găsit şi o altă formaţie asemănătoare cu nodulii descrişi, însă mai lungăreaţă, asemănătoare cu nodulii cari se găsesc în reumatismul nodos şi cari prezintă un caracter mai exudativ. Aceşti din urmă noduli au fost descrişi mai înainte de cunoaşterea nodulilor lui Aschoff şi au fost numiţi **Noduli ai tendoanelor** (Sehnenknötchen);

opiniile asupra identităţii sau deosebiri între aceste două feluri de noduli a diferit până în ultimii ani, când Talalajew şi Klingen precum şi alţii, au arătat prin studii migăloase histologice pe un număr mare de cazuri, că aceste două feluri de noduli sunt stările succesive ale aceloraşi formaţiuni granulare. La început se produc formele exudative degenerative, care se transformă apoi în cele nodulare granulomatoase. Talalajew a numit **Edem mucos bazofil**, acele formaţiuni dela începutul boalei, fiind colorate în violet palid, în piesele colorate cu hematoxilină-eozină. Klinge le-a numit **Tumefacţie fibrinoidă**, pe care mai târziu tot acest autor îl numeşte **Infiltratul iniţial reumatic** (Frühinfiltrat), prin analogie cu infiltratul iniţial tuberculos.

Un mare progres a adus interpretarea leziunilor **cicatriciale.** Sunt ele rezumatul procesului reumatic, şi mai cu seamă pot fi ele identificate cu leziunile din reumatism? De sigur că prezenţa lor în urma formelor inflamatorii acute reumatice a fost de multă vreme suspectată ca fiind de natură reumatică. Ne aducem aminte de acele pete albicioase sidefii pe pericardul visceral sau pe alte seroase: pleură, peritoneu, care erau curent diagnosticate de clinicieni, dar nefiind siguri că sunt de natură reumatică. Studiul sistematic făcut în timpul celor din urmă 10 ani, pornind dela leziunea acută fibrinoasă, trecând prin nodulul granulomatos către cicatrice, aduc o mai mare consistenţă legăturei de cauză la efect a multor cicatrici, fără a afirma că toate acele cicatrice sunt reumatice şi numai analiza lor minuţioasă ne poate face să afirmăm etiologia reumatică în aceiaşi măsură ca la sifilis şi tuberculoză. Din aceste observaţiuni făcute de autori pe un număr mare de cazuri, în special pe endocardul valvulelor inimei în cazurile recidivante, s'a constatat că în stările cicatriciale se găsesc totdeauna încă focare de leziuni acute fibrinoide şi chiar nodulare, încât mai niciodată nu este vorba de un ţesut conjunctiv pur cicatricial fibromatos şi că sunt şi noduli celulari infiltrativi cu inflamaţie acută sau subacută reumatică în cicatricile gata formate. Klinge spune că aproape nu există o stare de repaus a procesului, adică de liniştire complectă a fazei inflamatorii, după cum se constată din o „cicatrizare" în procesele acute. In felul acesta se constituie fazele anatomo-patologice ale „Boalei reumatice" (Besançon) şi se observă că ele sunt comparabile cu cele ale sifilisului şi ale tuberculozei, asemănătoare şi totuşi putând fi deosebite unele de altele. Punerea în evidenţă a microorganismelor cauzatoare în cele două dintâi este un avantaj, negativitatea lor ne induce pe a treia, cea reumatică.

LEZIUNILE REUMATICE IN DIFERITE ORGANE

Inimă şi vase. Organele cele mai deseori atinse de reumatism şi cele mai mult cunoscute sunt inima cu endocardul şi pericardul. Lassegne, după Bouillaud spunea, că „reumatismul acut linge încheieturile, pleura şi chiar meningele, dar muşcă inima". Tot în inimă Aschoff a descris noduli granulomatoşi, aproape în acelaşi timp cu Geipel în reumatismul acut.

Leziunile cele mai tipice acute de intumescenţă fibrinoidă se pot vedea în miocard (obs. personală nepublicată), prin toate stadiile până

la nodulii cei mai tipici şi, apoi la cicatrice. Miocardita cronică sclerosă, este o entitate anatomo-clinică bine cunoscută, dar timid interpretată ca reumatică, fiind greu de deosebit de cea sifilitică, care se credea cea mai deasă. Aceste leziuni intră în grupa mare a leziunilor cronice cicatriciale nelămurite, fără o etiologie precisă. Aşa era pe timpul de acum 30 ani şi Babeş nu vorbea şi nu diagnostica o miocardită reumatică şi se mulţumea cu eticheta, de cronică. Aceste leziuni pot fi răspândite în tot endocardul parietal şi valvular, în miocard, epicard şi pe pericardul sacului şi în sacul propriu zis. Sunt cunoscute de mult cicatricele albe sidefii ale foiţelor pericardice. Leziunile scleroase şi cicatriciale ale valvulelor constitue procentul cel mai mare de leziuni reumatice ale inimei, numite şi studiate de peste un secol. Examenul histo-patologic minuţios arată toată gama leziunilor reumatice dela infiltraţi şi degeneraţie la cicatricea mare şi complectă a stenozelor şi insuficienţelor valvulare.

Aorta şi arterele de toate calibrele pot fi sediul leziunilor reumatice, găsindu-se atât forma acută a tumefacţiei fibrinoide albăstrui, în piesele cu hematixolină, cât şi formele granulare caracteristice, până la stările cicatriciale în toate straturile vasului cât şi în periarteră.

Periarterita nodoasă este oarecum o formă specifică cu leziuni asemănătoare, despre care vom vorbi mai departe.

Endarteritele, mezaortite, adventiţiite şi periarteriite reumatice au fost bine studiate şi descrise de Klotz, Sigmund; Chiare, Klinge, Laubry, Besançon.

Interesantă este mezaortita reumatică, care altădată era considerate ca fiind apanajul infecţiei sifilitice. Se poate afirma etiologic, prin examenul anatomo-patologic? Greu de afirmat, fără prezenţa spirochetelor sifilitice, care examen de asemenea nu poate fi totdeauna un criteriu, pentrucă punerea în evidenţă a spirochetelor nu este un examen curent şi sută la sută pozitiv în infecţii sifilitice. Şi aci un examen judicios, prezenţa de leziuni subacute infiltrative, răspândirea lor, coincidenţa lor cu alte leziuni asemănătoare în alte organe, miocard în primul rând, ne poate da dacă nu o siguranţă absolută, o indicaţie de mare valoare. Nu mai puţin demne de notat sunt leziunile reumatice în adventiţie, asemănătoare celor găsite şi descrise la arterele coronare ale inimii, prezentând infiltrate proaspete (incipiente) fibrinoide, cari formează noduli miliari şi submiliari, deşi acestea greu de deosebit cu ochiul liber. In faza de granulomatoză, nodulii sunt mult mai delimitaţi, cari îmbâcsesc ţesutul adventiţial (Klinge). In stratul intern (intima), s'au întâlnit de asemenea leziuni reumatice. Macroscopic se vede cum intima este căptuşită cu ridicături albicioase şi moi, în cazurile unor reumatisme acute recidivante, iar microscopic se găsesc infiltrate împrăştiate, formate de celule limfocitare şi leucocitare, cari sunt asociate cu un edem al substanţei fundamentale. Aceste forme nodulare şi transformări mai târziu în ţesut cicatricial, dând acelaşi aspect sclerozei intimei, care se poate observa şi ochiul liber (caz 85 pers.). Imbolnăvirea aortei în reumatism este regulă (Linge).

Artera pulmonară prezintă leziuni de această natură foarte asemănătoare aortei (Wätjen). In vine au fost descrise acelaşi fel de leziuni de Gipel, Klinge, Waallers şi Rössle.

Plămâni, pleură afară de leziuni asemănătoare ale arterei pulmunare sunt autori cari au găsit leziuni chiar în parenchimul pulmonar (Eimann şi Couley, Masson) cât şi în spetele fibroase pulmonare. De asemenea au fost descrise leziuni asemănătoare în pleură (Mac-Glenahan şi Paul).

ARTICULAŢII, OASE, TENDOANE, SEROASE, SINOVIALE ŞI MUSCULATURĂ

Aceste organe sunt ţesuturile derivate din ţesut conjunctiv şi specializate funcţional: tendon, articulaţie de muşchi, etc., încât este de înţeles să fie sediul leziunilor reumatice, care este o boală a ţesutului conjunctiv prin excelenţă. In muşchi alteraţiile celulelor musculare însăşi din degenerescenţa ceroasă, sunt considerate ca reumatice fără a fi specifice. S'au descris şi granuloame în muşchii limbii, asemănătoare nodulilor lui Aschoff din miocard (Husella, Grüff, Klinge, Talalajew), precum şi în alţi muşchi.

In tendoane au fost de mult evidenţiaţi nodulii caracteristici cu un caracter oarecum particular lor, uneori luând chiar un aspect sarcomatos (Klinge). In general în tendoane se întâlnesc mai des tumefacţii fibrinoide; în seroasele sinoviale sunt rari noduli reumatici, dar sunt mai des infiltraţii cu intumescenţă fibrinoidă, ca şi în bursitele şi tendovaginitele reumatice.

Articulaţii. In reumatismul articular acut s'a urmărit de multă vreme aspectul microscopic, constând dintr'un edem al părţilor moi şi a seroaselor articulare, cu hiperemie şi tumefacţie edematoasă (H. Chiari), acoperită uneori cu fulgi de fibrină; în cavitate este un exudat seros, gălbui, puţin tulbure şi niciodată purulent. Asemănător cu cel găsit în unele artrite seroase tuberculoase, de care nu se pot deosebi şi nu se poate în starea actuală a se face un diagnostic definit, decât eliminând tuberculoza prin reacţiile negative pentru T. B. C. Microscopic în acest lichid se găsesc totuşi leucocite polinucleare fără a fi puroiu (Kisak şi Winkler). De multe ori exudatul este în mică cantitate în aceste artrite reumatice. In secţiuni s'au constatat leziuni granulomatoase tipice, atât în sinoviala însăşi cât şi în ţesutul pericalsular (Coonbs, Fahr), afară de noduli granulomatoşi s'au descris şi forme acute degenerative infiltrative, şi precum sunt forme subacute. Se deosibeşte o capsulită intra şi extra articulară (Gräff).

Cartilagiul este mult mai puţin atins şi se cunosc puţine cauze cu focare degenerative şi tumefacţie fibrinoasă.

Leziunile osului de acelaşi aspect, sunt situate la periost şi la locul unde prinde tendonul şi fasciile de os. Istologic se constată atât leziuni acute, cât şi granulare cu caracterul nodulilor tendinoşi (Chiari).

Rinichi. Au fost descrise granuloane reumatice în afecţiuni ale rinichiului şi mai cu seamă în sclerozele renale din rinichiul mic retractat (Fahr, Heine, Klinge, Crăciun şi Ursu).

Ficat, Beşica biliară. Klinge a găsit mase fibrinoide cu multe celule, între cari leucocite precum şi celule mari mononucleare cari nu au caractere specifice, de asemenea transudate uşoare cu tumefacţie fibrinoidă a capsulei lui Glisson, care au fost considerate ca reumatice, de autor. Coincidenţa cu leziuni reumatice caracteristice miocardice şi valvulare, fac mai probabilă natura reumatică.

In splină şi ganglioni limfatici s'au descris numai în capsulă şi în vase leziuni fibrinoide (Klinge). Alteraţii ale reticolului folicular în aceste organe sunt mai rare şi puţin sigure.

Sistemul nervos. Sindromul cel mai cunoscut atribuit de multă vreme în sistemul nervos este **Coreea** reumatică, unde se constată o hiperemie a piei-mater şi a creerului, cu edem şi chiar hemoragii. Leziunile microscopice sunt atât acute degenerative cât şi inflamatorii; cele dintâi se găsesc în celule ganglionare, iar cele de al doilea în formă de noduli gliali, în corpul striat şi în regiunea sub-talamică. Leziunile sunt perivasculare şi chiar ale peretelui vascular (Lentz, Urechea şi Mihăilescu, Winkelmann şi Eckel) descriu o meningită seroasă reumatică.

Descrierea leziunilor la nervii periferici în cunoscutele nevrite sunt de dată recentă: Doyle şi Keeppen, în sciatic, unde se găseşte o infiltraţie limfocitară mai cu seamă perivasculară. Klinge descrie tumefacţia ţesutului perinervos cu formaţiuni de granuloame. Junghans descrie o infiltraţie în ganglionul lui Gasser, care deşi nespecifică poate fi totuşi interpretată ca reumatică, ca şi vascularita cronică asociată.

Amigdalele. S'a descris macroscopic o anginâ reumatismală numită anginâ roşie (Wiedal). Microscopic s'au descris leziuni ulcerative cu infiltraţii perivasculare însă nespecifice. Adevărate granuloame reumatice s'au descris în ţesutul periamigdalian cu toate caracterele cunoscute, tumefacţie fibrinoidă şi formaţiuni granulomatoase. Se atribue reumatismului şi leziunile cicatriciale ale unor amigdale. Gräff crede că poate vorbi de un **Afect primar** al inflamaţiei reumatice în amigdală, judecând după cele găsite la un caz mort în urma unei amigdalite, la autopsie găsind pe lângă leziunile amigdaliene, noduli tipici reumatismali în miocard şi sinovită a ambilor genunchi.

S'au găsit leziuni reumatice în toate organele gâtului: laringe, trachee, esofag, tiroidă mai rar însă.

Pielea şi reumatismul nodos. S'au descris noduli tipici Aschoff, în piele şi în ţesutul subcutan (Talalajew).

Mai importante sunt două sindroame clinice, atribuite reumatismului: eritemul nodos şi eritemul exudativ multiform. După cunoştiinţele actuale, leziunile din aceste sindroame sunt tipice, fie ele infiltrative fie granulare.

In reumatismul nodos nodulii tendinoşi au fost descrişi înaintea nodulilor lui Aschoff, dar natura a dat naştere la controverse, unii autori îl consideră complect de altă natură decât nodulul lui Aschoff, iar alţii înclină să considere că sunt produşi prin acelaşi proces.

Macroscopic sunt mari cât un ou de porumbel, tari şi mobili faţă de ţesutul dimprejur, rotunji sau ovali, semănând cu un fibrom. Istologic s'ar găsi atât o infiltraţie edematoasă, fibrionoidă, urmată de o proliferaţie de celule histiocitare şi chiar celule gigante. Nu ar fi nicio deosebire structurală între aceşti noduli şi cei zişi ai lui Aschoff (Chiari).

ANATOMIA PATOLOGICA IN PROCESELE ALLERGICE

In a doua jumătate a secolului trecut şi chiar la începutul celui actual, după descoperirile lui Pasteur şi naşterea bacteriologiei, s'a deschis o eră roditoare în studiul patologiei; această ştiinţă nouă dând

o cheie nebănuită pentru lămurirea unui mare număr de boale cât şi pentru vindecarea lor prin seroterapie şi imunologie;. tinerele ştiinţe desvoltate pe trunchiul bacteriologiei. Este o mândrie şi o plăcere pentru noi, aceştia cari stăm astăzi aici, gândul că şcoala românească cu Babeş şi Cantacuzino a adus o contribuţie însemnată la desvoltarea acestor ştiinţe. Ca orice fenomen puternic nou descoperit, bacteriologia pe lângă ajutorul enorm pe care l-a dat medicinei, devenind conducătoarea spiritului cercetător, pe primul plan i s'a cerut să rezolve la sigur toate problemele ce se pun în patologie, făcând să se dea mai puţină importanţă organismului, în ceea ce priveşte interpretarea diferitelor fenomene, încă nelămurite. Studiul imunităţii şi al seroterapiei atrage din ce în ce mai mult interesul cercetătorilor către modalităţile aşa de variate ale reacţiunei organismului viu, chiar dela primele vaccinuri pasteuriene şi seruri curative. Descoperirile lui Richet şi Artus care au condus la descoperirea fenomenului de anafilaxie cât şi cel al lui von Pirquet şi fenomenul lui Koch de mai târziu, sunt etapele care continuă seria de succese ale bacteriologiei.

In cadrul preocupărilor acestui raport nu mă voi extinde nici asupra stărei actuale în concepţia allergiei, nici asupra mecanismului cât şi a istoricului ei. Ne vom mulţumi a fixa câţiva termeni pentru mai bună înţelegere a expunerii pe care o vom face mai departe. **Boale allergice** numite şi allergose, sunt numite acele îmbolnăviri, care prezintă o înfăţişare fiziologică şi anatomo-patologică cu caractere particulare, prin calitatea şi cantitatea anumitor elemente: rapiditate de apariţie, puterea şi violenţa de manifestaţie, etc. Aceste fenomene fiziologice nu sunt însă specifice prin ele însăşi, putându-se întâlni şi în alte împrejurări. Ceea ce defineşte o boală allergică (Berger) sunt condiţiile ei de producere, mecanismul intim al ei, desvoltarea fenomenelor, apariţia lor după un timp trecut dela pătrunderea în organism al unui agent allergisant: Allergene. Este reacţia produsă faţă de acest agent, modificată în aspectul ei după repetarea acţiunii allergenului asupra organismului şi după un timp oarecare dela primul contact, care este timpul preparator, sensibilizator cum se numeşte; organismul este sensibilizat faţă de corpul introdus prin acţiunea lui primitivă. Allergenele, sau agenţii producători a stărilor allergice, sunt exogene şi endogene. Sunt cunoscute astăzi o cantitate de boale allergice: Boala serului, Astmul, Rinita vasomotorică, Febra fânului, Idiosincrazii medicamentoase, Sindroame digestive, nervoase, exematoase, articulare şi oculare, vasculare şi în sfârşit reumatismul acut precum şi stările reumatoide. Se mai vorbeşte astăzi de **Patergie** (Rössle) cuvânt care ar denumi stările de reacţiune modificată, prin unele substanţe care se găsesc în organismul însuşi, sau prin îmbolnăviri anterioare suferite de organism. Acest termen este mai general, cu o sferă mai mare, în care se cuprind şi stările allergice propriu zise. Aceste stări allergice, în starea de cunoştiinţe actuale, sunt produse printr'un mecanism de antigen-anticorpi, ca şi în fenomenele de imunitate şi anafilaxie propriu zisă. Se face deosebirea între **hiperergie, normergie şi hiperergie (anérgie)**; aceste trei denumiri arată, calitativ şi mai cu seamă cantitativ, starea de allergizare.

Din cele expuse urmează, că şi leziunile anatomo-patologice întâlnite în aceste boale allergice, nu sunt specifice nici pentru o singură boală allergică şi pentru boalele allergice în general. Studiul însă al acestor leziuni în procesele allergice definite aşa cum am arătat mai sus, prin condiţiile lor de producere, aduc o contribuţie importantă, putându-ne face să bănuim mecanismul, acolo unde nu l-am cunoscut, anatomia patologică îndrumând către un diagnostic şi totodată dându-ne un criteriu în definirea şi clasificarea unui număr important de boale. O mare parte din constatările anatomo-patologice au fost făcute experimental pe animale.

Credem necesar de a arăta care este deosebirea între anafilaxie şi allergie; aceste două denumiri întrebuinţate de mai multe ori sinonim, în schematic se admite că anafilaxie este fenomenul produs experimental la animale în sensul arătat de descoperitorul lui, Richet, pe când allergia, denumire dată de von Pirquet, este fenomenul de modificare a reacţiei şi sensibilizare, întâlnit la om. Ambele aceste feluri de fenomene ar fi datorite unui proces produs de legătura între antigen şi anticorp (Doeer). Shocul este expresia cea mai caracteristică a unei anafilaxii generale. In afară de acest shoc anafilactic se produc în ţesuturi la animal o serie de fenomene care îndreptăţesc a vorbi de sensibilizare a ţesuturilor, ceea ce ar corespunde unei anafilaxii locale. Fenomene asemănătoare de sensibilizare anafilactică sunt întâlnite şi la organismul uman în urma preparaţiei organismului cu substanţe venite dinafară, pe cale parenterală cât şi cu substanţe găsite în organismul însuşi: allergene endogene. Fenomenele locale în această sensibilizare sunt caracterizate printr'o serie de modificări ale diferitelor ţesuturi, foarte asemănătoare cu procesul inflamator. Aceste procese inflamatorii au totdeauna un grad mai mare şi oarecari particularităţi, ceea ce a făcut pe Rössle să le denumească **inflamaţii hiperergice.** In aceste inflamaţii exudaţia este mai puternică, însoţită fiind de o alterare destructivă a ţesuturilor locale cât şi apariţia unei cantităţi de celule neoformative. Felul de reacţie şi intensitatea ei este în legătură atât cu calitatea dar mai cu seamă cu cantitatea allergenului şi în acelaşi timp, cu timpul care s'a scurs dela primul contact al organismului cu allergenul şi apariţia fenomenelor; această reacţiune datorită, nu direct substanţei introduse ci, mecanismului indirect de producere de anticorpi anafilactici. După cum se vede chiar din cele spuse, procesul inflamator allergic se prezintă şi el ca acut, subacut şi cronic. Ţesutul mezenchimatos conjunctiv cu vasele lui şi cu celule de diferite feluri şi cari de sigur iau parte la producerea anticorpilor, ţesutul epitelial reacţionează de asemenea în procesul allergic. Experimental s'au putut produce reacţiuni allergice în toate organele, însă ţesutul de predilecţie al fenomenelor allergice este dermul şi ţesutul cutanat al pielei. De aceea, pielea este organul care ia parte în cele mai multe sindroame allergice şi cele mai multe leziuni anatomo-patologice sunt în piele. Trebue de spus că sunt şi reacţiuni allergice, numai cu expresie funcţională, fără substrat anatomo-patologic, aşa de exemplu: eriteme, spasmuri, etc.

Tabloul istologic al inflamaţiei hiperergice constă, în faza acută, din fenomene exudative şi degenerative. Exudaţia are o **formă seroasă,**

care constituie în unele din aceste procese, elementul cel mai important. A fost multă vreme necunoscută, nedându-i-se importanţa cuvenită. A fost studiate în ultimul timp afecţiuni experimentale pe ficat (Eppinger) şi a fost constatată în acelaşi timp în diferite afecţiuni ale ficatului şi în deosebi în icterul cataral. O altă formă istologică în această fază acută este tumefacţia fibrinoidă a substanţei colagene din ţesutul conjunctiv. A fost studiat de Klinge în multe, forme ale reumatismului, cât şi pe animale, experimental. Această leziune constă într'o homogenizare cu caracter mucoid, a substanţei fundamentale a ţesutului conjunctiv. Există şi o pătrundere de fibrină între fibrinele cologene. Este un caracter foarte important de diagnostic, deşi acesta nu este patognomonic pentru procesul allergic, însă serveşte după cunoaşterea lui a suspecta şi a urmări în această direcţie.

Eozinofilia este un fenomen destul de des întâlnit în procesele allergice, a cărui mecanism este foarte puţin lămurit. Eozinofilia poate fi generală şi locală precum şi temporală, este probabil în legătură cu producerea anumitor anticorpi în diferitele faze ale producerii sensibilizării allergice.

Hemoragia este frecvent întâlnită în toate procesele hiperergice, iar mecanismul lui încă nelămurit, credem că ţine ca la aproape toate hemoragiile zise diapedezice, la un fenomen de alteraţie puţin vizibilă cu metodele noastre actuale de cercetare istologică, fiind vorba de modificări coloidale.

Un alt caracter istologic este **necroza.** A fost studiat în fenomenul lui Artus în diferite organe: seroase, epitelii, etc. In forma cronică a acestei inflamaţii hiperergice exudaţia este pe al doilea plan, făcându-şi apariţia celulele de origină mezenchimatoasă: monocite şi histiocite, care formează adevărate granuloame aşa cum le-am întâlnit la reumatismul miocardului şi a altor organe. Aceste granuloame sunt urmate de înmulţirea ţesutului colgen cu transformarea lui în fibre scleroase, întâlnite în multe procese allergice în faza mai târzie.

REUMATISMUL, BOALĂ ALLERGICĂ

Sunt socotite ca boale allergice o serie de sindroame cauzate de allergene externe sau endogene. Dintre cele dintâi fac parte cele produse de agenţi inhalatorii: poleni, ciuperci, pene, lână, praf, etc., alimentare: serul, lapte străin, carne, ouă, etc. Dintre cele endogene fac parte sindroamele produse de agenţi bacterieni. O altă clasificare a boalelor allergice după nume şi simptoame (Berger) este următoarea: Rinita vasomotorică, Astmul, Boalele inimei şi ale vaselor, Angina de piept, Boala lui Raynaud, Tachicardia paroxistică, Periarterita nodoasă, Endoarterita obliterantă, Flebite, Glomerulonefrite, Boala lui Bürger, Purpura allergică, Edemul allergic pulmonar, Disbazia intermitentă, (Claudicaţia).

Boale ale organelor digestive: Enterite, Colite, Ulcerul gastric şi duodenal, etc. Boale ale sistemului nervos: Migrene, Edemul lui Quinque, Meningita seroasă, etc. Boale ale pielei: Eczema. Boale articulare: Artrite vaccinale, Artrita în boala serului, Artrite reumatoide. Boale ale ochiului: Kerato-conjunctivita, Urticaria ploapei, Conjunctivita allergică, alte sindroame ale sclerotice, corpilor ciliari şi a coroidei.

Klinge, Berger, Hansen şi alţii, în urma cercetărilor lor şi ale altora din ultimele două decenii, concep reumatismul ca o boală allergică. Asemănarea fenomenelor clinice ale reumatismului cu boala serului nu a scăpat observaţiilor unor clinicieni (Quostek). Graţie studiului anatomopatologic experimental s'au putut aduce probe suficiente pentru această interpretare a simptomelor acestei boale. In special experienţele făcute cu streptococi de toate speciile, dar şi cu alte bacterii, au adus date foarte preţioase în domeniul allergia organelor (Swift, Fahr, Zinnser, Clawson, Klinge, Henry, Kuttczinsky, Dietrich, Siegmund, Bieling). Infectând subcutan animale de experienţă cu culturi microbiene, streptococi hemolitici sau verzi, se produceau la animale fenomene de imunitate şi de allergie. După o serie de aceste infecţiuni locale, focare infecţioase, dacă se injectează intra-venos culturi de acelaşi microbi (câteodată şi alte specii) se obţine, nu septicemie ci microbii se adună în articulaţii şi în endocard producând inflamaţiuni mari, verucoase sau chiar ulcerative, asemănătoare cu cele din endocardite, la om, zise reumatice sau chiar cu acele maligne. Este o reacţie fără îndoială allergică. Studiul anatomo-patologic cum am văzut, arată asemănarea până la identitate a leziunilor din reumatisme cu acesta din procesele allergice experimentale. Reacţiile asemănătoare caracterizate prin asemănarea leziunilor anatomo-patologice din artere de toate calibrele, în cazuri în cari se găsesc şi leziuni miocardice cu noduli tipici reumatismali, fapt ca să se poată afirma că reumatismul nu este produsul unei bacterii specifice lui, necunoscută, ci este o reacţie allergică faţă de unii streptococi, la fel cu afecţiunile arterelor în diferitele lor forme: Endarterita obliterantă, periarterita nodoasă, la fel cu Glomerulo-nefritele, unele hemoragii şi tromboze.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

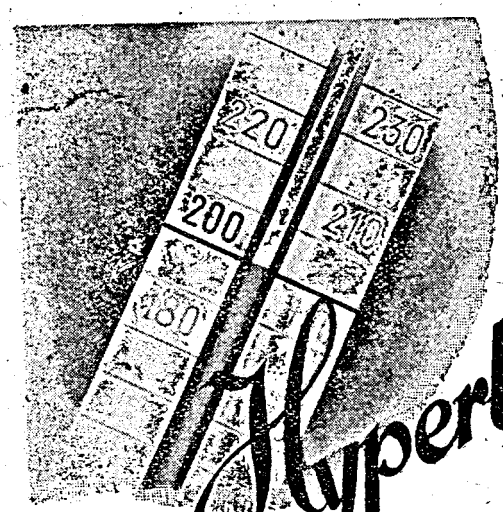
Concepţia allergică a reumatismului este un pas mare în cunoaşterea acestei boale polimorfe care rămăsese până acum ermetic închisă spiritului nostru. Această concepţie patogenetică şi nu etiologică, are darul că lasă la un loc într'un singur mănunchiu toate sindroamele reumatice, aducând lămurirea atâtor fapte care nu ţineau una de alta, ducând la desagregarea acelui întreg de noţiuni. Această concepţie sintetică lămureşte legătura dintre diferite înfăţişări pe care le întâlnim, fără să fi înţeles legătura dintre ele: focar infecţios, sinuzite, amigdalite, cistite, etc.; reumatism acut, reumatism cronic, septicemie acută şi cronică, arterite, flebite, tromboze, leziuni miocardice şi viscerale, glomerulonefrită, etc. Toate acestea sunt efectele unor focare infecţioase, cu streptococi, care alergizează organismul în toate organele cu anumite predilecţii pentru unele, devenind sensibile şi să se deslănţuiască acele fenomene allergice când microorganismul din acelaşi focar sau din altul sau chiar dinafară, va veni din nou în organismul astfel preparat. Septicemia este forma produsă atunci când organismul nu are mijloacele necesare de a reacţiona hiperergic şi atunci răspunde negativ, iar bacteria trece în sânge, producându-se aceiaşi stare gravă care aduce moartea. O altă formă de reacţie tot hiperergică, dar deosebită este formarea de focare purulente în diferite organe: piemia. Celelalte forme citate se explică dela sine.

In ultimul timp am avut ocaziunea de a studia la Sibiu, îm-

preună cu colegul Goia şi cu colaboratorii noştri, un mare număr de cazuri foarte interesante din acest punct de vedere. Sindroame clinice de o înfăţişare aşa de polimorfă, încât nu se puteau încadra în cadrele nosografice actuale; la autopsie corespund aceiaşi varietate de leziuni, dar cu un tablou din cele mai tipice de leziuni allergice, ca acelea pe cari le-am descris mai sus la reumatism şi la procese allergice, cu toată gama lor morfologică, mai ales dacă combinăm două din cazurile acelea asemănătoare între ele în toate privinţele. Aceste două cazuri ne-au adus convingerea că, concepţia de reumatism, boala allergică, este cea dreaptă şi că trebue să mergem mai departe cu studiul lui, căci cazuri se ivesc, dar trebue bine studiate. Şi, încă odată, colaborarea dintre clinică şi anatomie patologică trebue să fie strânsă, până la contopire intimă. Totodată pot afirma că această colaborare este mai fructuoasă, când este făcută de două părţi: clinicieni şi anatomo-patologici; nu toţi dintr'o singură parte. Aceasta pentru motivul întâi, al unei mai mari competenţe a fiecărei ramuri din materii; unul fiind greu să fie tot atât de stăpân în ambele domenii, iar al doilea motiv şi mai puternic, este acela că fiind două specialităţi, sunt asociate mai multe forţe ca timp şi posibilităţi de lucru, colaboratori şi material; aceste cercetări cerând a fi făcute pe o scară mai mare.

Sperăm că în curând va apare lucrarea primă asupra cercetărilor noastre.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Hypertensiune

O nouă posibilitate de scoborâre a tensiunei sanguine printr'o asociaţie cu fel fel tauri

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DORITAL

In hipertensiune esenţială, arteriosclerotică şi climacterică

Compoziţie:

Bilă de bou depurată 0.15
Oxisulfonal 0.015
Metilbromat de atropină . . 0.00025
Monoformiat de calciu . . . 0.11

Posologie:

De 3 ori pe zi 2 drageie. După instalarea unei scoborâri marcate, de 3 ori pe zi 1 drageu. Mai târziu seara 1—2 drageie

Forme de prezentare: Flacon cu 30 drageie
Flacon cu 60 drageie
Flacon cu 300 drageie

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

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek,** Bucureşti III
Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Laboratorul „ICFAL" S. A. R.

Str. Principatele-Unite No. 14
BUCUREȘTI V — Telefon 5.66.32

CALCIUM „ICFAL"

(Calcium Lacto-gluconic-glycerofosfat)
Fiole de 10 cc.

Perfect stabil și indolor. — Intravenos și intramuscular.

FOSFOVITADOL

VIN ȘI GRANULE
Tonic reconstituant

vin — 3 linguri pe zi. :-: granule — 3 linguriţe pe zi.

HEPATONAL

Extract de ficat injectabil
Dimethyl arseniat de fier

fiole a 2 cc. :-: 1 fiolă zilnic intramuscular

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NAJOSOL

Fiole de 10 cc. și 5 cc.
(iod, sulf și magneziu)
REUMATISM, SCIATICA
Intramuscular.

METOCHIN

Fiole de 2 cc. și 1 cc.
(clorură de tetrametilthionin biclorhidrat de chinin carbomidat)
PALUDISM ȘI SPLENOMEGALIE

P. S.
Laboratoarele „OLTENIA ASEPTICA" aduc la cunoștiința D-lor clienți că toate preparatele TORJESCU le pot găsi la Laboratoarele „ICFAL" din București V, Str. Principatele-Unite No. 14-Telefon 5.66-32.

PLĂGILE PRIN ARME DE FOC ALE CORDULUI

(Indicaţii-conduită terapeutică — rezultate — cu ilustraţia a 2 cazuri)

de

D-r GH. BĂJEU

Chirurg Primar Spt. Tg-Jiu.

Gravitatea plăgilor prin arme de foc ale cordului*), cunoscută încă din antichitate, a constituit, în timp de pace şi mai mult în timp de război, preocuparea de căpetenie a chirurgilor.

Ambroise Paré le considera ca fatalmente şi rapid mortale.

Intre timp observaţii ulterioare (Müller 1941, Marjolin, Dupuytren, etc.), au relatat cazuri rare de supravieţuire temporară, iar Legouest scria în 1876, că nimic nu e mai interesant din punct de vedere practic ca studiul plăgilor cordului. Toată această epocă până la 1882, a fost preocupată numai de cauzele mortalităţii şi de statistici...

Bloch în 1882 a demonstrat prin experienţe numeroase făcute pe iepuri, că sutura cordului este uşoară, fără pericol şi rapidă.

Rehn şi Bode au stabilit experimental că plăgile mici se închid repede, iar cele mari rămân deschise, de unde indicaţia operatorie de urgenţă. La om prima operaţie a fost făcută de Farina 1896, şi de Rehn în Germania.

După ei a urmat seria cu Parozani 1897, Cappelan 1897, Fontan 1900, König, etc., iar în România au interesante cazuri înainte şi după războiul mondial.

La 1902, Terrier şi Raymond au făcut un memoriu din cele mai importante, iar studiul lui Guibal din 1905, publicat în Revue de Chirurgie, cât şi memoriile dela diversele congrese ce s'au succedat, au pus treptat lucrurile la punct, încât astăzi este unanim admis un alt unghi de vedere şi o altă conduită terapeutică.

---

*) Este locul să menţionăm o eroare gravă ce se face de multă vreme cu denumirea acestor plăgi. Se vorbeşte şi se scrie frecvent: plăgi împuşcate!? Supărător pentru auz şi mai ales pentru gramatica limbei române. Francezii spun „plaies par"..., iar cât priveşte traducerea lui „Schusswunde", suntem departe de adevăr. Greşit se spune plăgi sdrobite, muşcate, înţepate. Dece n'ar fi şi plăgi mâncate?.

De altfel în plăgile cordului nu există ca în alte părți diviziuni dogmatice, cum ar fi de pildă abstenționism sau intervenționism. Neintervenționiștii au pierdut terenul, iar în războiu, unde altele sunt condițiile generale, se pare că intervenția de urgență este mai mult decât necesară și după cum spunea Lecène, nu dialectica rezolvă problema chirurgicală, ci studiul atent al faptelor și al cazului în sine.

* * *

Din studiul lor amănunțit s'a constatat că gravitatea și indicația operatorie sunt strâns legate de leziunile anatomo-patologice, de evoluția simptomelor și în cele din urmă de sediu și direcție.

Astfel, după cum am spus mai sus, numai leziunile de dimensiuni mai mici sunt susceptibile de tratament și, firește, rănile mai mari sunt dela început mortale. Ca ordine și frecvență avem (în treacăt fie zis) plăgi ale ventriculului stâng (cel mai expus), plăgi ventriculul drept, auricule, vasele mari ale inimei, coronarele. In general pot fi penetrante sau nepenetrante, simple sau complicate cu leziuni ale pulmonilor, vasele mediastinului sau toracoabdominale.

Toate cer intervenția și indicația e subordonată evoluției lor. Din alt punct de vedere mai putem face împărțirea lor, astfel: Bolnavi văzuți imediat (timp util 8—12 ore) și bolnavi văzuți mai târziu, la ambele categorii cu 2 mari pericole ce impun operația: a) **Hemoragia** (cu consecința ei anemia acută); și b) Pericolul secundar, **infecția.**

In timp de războiu, plăgile cordului prin glonte sau schije de obuz sunt dintre cele mai grave, și pentru acest motiv trebue să aibe prioritate la evacuări.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Gloanțele de armă de războiu, proectilele, schijele, vin cu o viteză mai mare și produc leziuni care aduc în majoritatea cazurilor și aproape imediat moartea. Fapt cunoscut și din experiențele lui **Busch, Kocher, de Santi,** care au arătat că dezastrele sunt direct proporționale cu viteza proectilului. Cu viteza de 440 m. se produce o adevărată spargere a cavității cordului cu moartea instantanee. Cât privește plăgile prin glonte de revolver (armă de pace și de războiu) a cărui viteză inițială nu e superioară la 145 m., nu sunt leziuni așa de grave, dar în general sunt penetrante.

Alteori pot fi neperforante și crează uneori un adevărat șanț sau tunel în peretele miocardic, iar ca o ciudățenie a plăgilor cordului prin glonte de revolver se menționează existența plăgilor cardiace, fără leziunea (deschiderea) pericardului. Explicația dată ar fi că pericardul nu e sacul solid descris de vechii anatomiști, ci un sac moale și maleabil ce se aplică pe cord.

* * *

Din punct de vedere evolutiv avem iarăși indicații operatorii fixate. Așa Prof. **Wullstein** și **Küttner** în „Lehrbuch der Chirurgie" (ediția 1936, p. 413) le rezumă astfel:

1. In 30% din cazuri urmează moartea imediată prin sângerare masivă și rapidă, sau printr'un reflex de oprire a cordului, poate prin rănirea fescicolului lui Hiss.

Așa mor majoritatea pe câmpul de luptă.

2. A doua grupă o formează cei ce mor după ieșirea din șoc, în prima zi, sau primele zile după rănire, prin hemoragia lentă sau prin compresie (Herztamponade-Herzdruck) ce apasă în special asupra auriculelor, sau prin rănirea unei coronare.

3. Cei ce trec de primele zile mai pot sucomba prin pericardită sau empiem pleural.

4. După 2—3 săptămâni mai poate surveni moartea subită prin ruptura secundară a unei vindecări incomplecte.

5. Iar alții se vindecă definitiv, cu cicatrice la nivelul rănirii și rămân fără nicio turburare sau rareori pot face un anevrism cardiac la nivelul cicatricei, ori leziuni valvulare, dacă valvulele au fost atinse, sau pot avea turburări cardiace (vindecați cu schije retenționate) cu dureri, turburări în respirație, în sgomotele cardiace sau cu miocardită cronică.

Rar de tot, după o observație judicioasă a lui **Trendelemburg**, chiar în cavitatea cardiacă pot să rămână proectile ce se acopere cu cheaguri și apoi false membrane cu toleranță bună.

Cât privește indicațiile operatorii date în simptome, ni se pare mai potrivit a adopta concluziile lui **Lecene, Leriche** (Théraupetique chir. vol. III): „Dacă bolnavul e **exsang** de o **„paloare mortală"** și dacă **sediul anatomic** de intrare se găsește în zona de proecție parietală a cordului, dacă **pulsul** e modificat nu numai în frecvența sa ci și în ritmul său (aritmie, extrasistole), dacă **spațiul de matitate cordiacă** e crescut (mărit), dacă **ascultarea cordului** permite auzul unor zgomote cardiace îndepărtate și înnăbușite, **indicația operatorie e formată și imediată**, căci este vorba foarte probabil de o plagă a cordului.

Espectația armată nu-și găsește rostul și mai mult s'a spus și nici ca în alte părți că în dubiu trebue să operăm!

Însăși experiențele au arătat că nu există semne fizice sau funcționale care să permită sigur afirmarea existenței unei plăgi a cordului.

Totuși, sindromul de **hemopericard**, cu zgomote diverse sau de moară, este o mărturie a compresiei inimei prin sângele epanșat și are o mare valoare în ceea ce privește indicația operatorie absolută. Il găsim după unii autori în proporție de 50% din cazuri. In rest poate lipsi și mai ales atunci când plaga e largă și comunică cu pleura. Pe de altă parte să nu uităm, după cum spunea **Simon**, că în plăgile mici avem și vindecări spontane în proporție de 10—15%, iar **Sauerbruch** în tratatul său de chirurgie scrie textual: „Bei vielen Berichten über Herznähte hat man den Eindruck, dass sie unnötig waren" și tot el sfătuește, „nicht zu überstürzen, sondern erst zu beobachten!"

* * *

Conduita terapeutică?

Este subordonată leziunilor anatomo-patologice, simptomatologiei cât și statisticei. După **Tassi** în tratamentul conservativ ar fi numai 1% vindecări pentru plăgile penetrante și 10% pentru plăgile nepenetrante, dar aceste cifre au o valoare relativă, după cum a remarcat **Guibal** în memoriul său, fiindcă pe de o parte „unii bolnavi zișI vin-

decaţi cu plagă a cordului, scapă controlului anatomic, iar alţii se vindecă fără a exista bănuiala unei plăgi cardiace".

Firește că atunci când leziunile par mici, semnele generale şi locale minime putem încerca tratamentului conservator prin repaus absolut (2—3 săptămâni numai în pat), morfină în doze mici repetate, digitală, pungă cu ghiaţă pe aria cardiacă şi în caz de compresie a cordului e de încercat puncţia evacuatoare.

In cazurile în care împrejurările exterioare nu permit o operaţie aseptică şi sigură ne conducem după sfatul lui Francke: puncţia pericardului, extragerea sângelui, apoi evacuarea rănitului la un spital bine organizat, care poate executa în bune condiţiuni sutura organului.

Statisticele au arătat că intervenţia chirurgicală dă rezultate net superioare abstenţei. Vindecări de 40—50%, încât azi se afirmă de regulă că trebue să intervenim imediat şi să deschidem toracele spre a sutura organul ce sângerează, fie că este inima, plămânul, un mare vas al mediastinului, o arteră mamară internă sau intercostală! Mai mult decât atât. Agravarea simptomelor în zilele ce urmează, impun intervenţia în mod imperios şi necondiţionat. Este deci preferabil a opera în primele ore, fie lărgind plaga, cu anestezia locală, fie cu lambou mare cu rezecţie costală (3—6 coastă) cu deschideri diverse după autori, după cazuri şi preferinţe spre a elimina cheagurile, a sutura cordul şi a închide peretele toracic fără drenaj. Condiţii necesare: mânuşi de aţă, ace curbe fine, mătasă fină, cu fire neperforante, mai ales la ventricule şi numai când e iminentă de infecţie un dren subţire prin plagă în pericard, însă cu pleura închisă.

Atunci când diagnosticul trebue să fie pus operatoriu, e nevoe să deschidem pericardul.

Biblioteca Centrală University Library Cluj

In cazurile rare, în care avem ceea ce se numeşte Herztamponade, simulând o plagă a cordului tot trebue să intervenim deschizând cavitatea pericardică spre a elimina cheagurile şi a face fie legătura mamarei, fie a intercostalei, fie spre a constata că inima e intactă.

Din toate metodele operatorii, cea mai utilă ni se pare a fi a lui L. Rehn, cu rezecţia apendicelui xifoid şi cartilagiului coastelor 6—7 ce permite cea mai bună descoperire, evită pleura şi în cazul unui hemopericard, permite lărgirea câmpului operator în diverse direcţii.

In cazurile în care avem şi pneumotorax e nevoie de suprapresiune.

Ce facem atunci când schija sau glonţul e reţinut în pericard, miocard sau cavitatea cardiacă?

Evident dacă e accesibil atunci când operăm îl extragem. Dacă nu, îl lăsăm pe loc şi ne abţinem chiar în cazul când plaga s'a vindecat fără intervenţie şi intervenim numai atunci când dau turburări. Electrocardiograma, semnele de intoleranţă (turburări anginoase, durere precordiată vie, palpitaţii frecvente) dau indicaţii dintre cele mai utile şi mai preţioase. Să fie respectată asepsia riguroasă mai mult decât ori unde şi să nu uităm sfatul repetat în fiecare manual până la obsesie că pericolul principal după o sutură a cordului este infecţia pleurei, pericardului sau a mediastinului.

Ingrijirile pre şi postoperatorii sunt cunoscute şi la fel ca în

orice plagă a toracelui, iar anestezia trebue să fie sau locală, sau generală, dar uşoară şi superficială cu eter.

Şi după cum am amintit mai sus, vom avea rezultate bune în 40—50% din cazuri. In rest mortalitatea destul de ridicată, ceea ce a făcut pe mulţi să cerceteze şi să fixeze aproape toate cauzele acestui procentaj.

1. Astfel în primul rând s'au notat leziunile anatomo-patologice grave, incompatibile cu vieaţa şi deasupra posibilităţilor chirurgicale.

2. După ele vin hemoragiile, care pot fi externe şi masive, producând moartea prin mecanismul cunoscut: hemoragie mare încât inima ar ajunge să se contracte în vid şi să se oprească. Mai frecvente sunt hemoragiile interne, care pot da un hemopericard (moarte prin Herztompande) sau un hemotorax grav, ori un hemomediastin cu toate pericolele lor. (Teoria lui **Morgagni, Fr. Franck Lagrolet**), Compresia după aceşti autori ar acţiona asupra auriculelor, care mai puţin cărnoase ar înceta rapid să mai bată, sângele nu afluează în ventricule şi circulaţia se opreşte.

S'au observat cazuri rare de comă, în care totuşi s'a intervenit fără anestezie, apoi odată pericardul deschis, pulsul a revenit şi a făcut posibilă continuarea operaţiei numai cu foarte puţin cloroform.

Hemoragia externă sau internă se poate opri, dar peste câteva zile poate reapare în urma unui efort minim de orice fel prin căderea cheagului cu consecinţe funeste.

O sângerare lentă a cordului sau a unui vas poate da o anemie supraacută şi chiar o compresie ce acţionează după câteva zile, provocând moartea prin mecanismul unui **sindrom de hemopericard sub tensiune** (cum îl numeşte Mocquot) cu blocajul cordului.

3. In al treilea rând e de notat moartea datorită şocului traumatic şi secundar şocului chirurgical. Mecanismul morţii prin şoc e în legătură directă mai ales cu turburările circulaţiei periferice.

4. Mai menţionăm acţiunea nervoasă, cu manifestare sincopa cardiacă, ce poate aduce moartea imediat: aşa a murit celebrul La Tour d'Auvergne.

In privinţa mecanismului, experienţele lui **Kronecker, Schmey, Gley, Wesley, Mills**, etc., au arătat că în şanţul interventricular anterior la unirea 1/3 inferioare cu cele 2/3 superioare, ar fi un centru de coordonare al mişcărilor cordului a cărui înţepare ar opri imediat contracţia ventriculară. Opinie neacceptată de toţi. Aşa **Nicolas** şi **Rodet** prin înţeparea cordului la animale n'au obţinut decât fenomene de excitaţie cardiacă.

Romberg şi **Krel** au demonstrat că ganglionii cardiaci vin dela simpatic, sunt sensitivi, iar oprirea cordului ar fi datorită unui reflex, care dela inimă merge la bulb, apoi prin pneumogastric ar paraliza-o. Studii ulterioare la a căror contribuţie medicina românească a adus un aport însemnat (Prof. Danielopolu şi şcoala lui), au arătat că există un sistem intrinsec de inervaţie a inimei, care pare să confirme vechea teorie.

Sincopa se produce fie imediat, fie tardiv. In primul caz poate aduce moartea, sau poate fi favorabilă şi să permită formarea cheagului ob-

turant. Când e tardivă e produsă de cauze foarte variate, ca: mişcări ale corpului, ridicarea braţului, tusea, strănut sau emoţie vie. (Nélaton citează un caz care a sucombat a 4-a zi la vederea atentatorului care trecea pe stradă).

5. Leziunile asociate cardiace şi pleuro-pulmonare ori mediastinale, sunt dintre cele mai grave şi constituesc o şi mai gravă cauză de mortalitate.

Hemoragia se face concomitent în cavitatea pericardică şi pleurală, jar moartea survine fie prin anemie generală şi jenă în funcţiunile respiratorii (anemie bulbară), fie datorită pneumotoraxului sufocant, fie leziunei unei artere pulmonare ori aortei.

6. O altă categorie importantă de cauze de mortalitate sunt complicaţiile inflamatorii, datorite fie transformărei unui hemopericard, hemotorax cu sau fără pneumotorax, fie unei pleuropneumonii, ori pericardite cu mecanismul cunoscut.

7. Complicaţiile tardive datorite emboliilor când putem avea fie hemiplegii, fie paraplegii, fie diverse paralizii, complecte sau incomplecte şi gangrene diverse cu sau fără sfârşit letal, sunt extrem de rare.

Şi mai puţin frecvente sunt ruperea cicatricei proaspete în urma unui efort sau moartea datorită insuficienţei valvulare, anevrismelor consecutive, ori simfizei cardiace.

8. Trebue să avem prezent în minte că ablaţia secundară a proectilului se face numai în cazuri de accidente serioase şi dă peste 40% mortalitate. **Duvergey** a publicat câteva cazuri fericite, dar după **Lecene** încă nu e demonstrat că operaţia ar fi strict necesară!

Să nu uităm că deschiderea toracelui antrenează totdeauna prin ea însăşi pericole imediate ce pot fi serioase (pneumotorax cu colaps pulmonar, reflex de inhibiţie, etc.).

In regulă generală se admite că intervenţia cu indicaţie precisă ar da o mortalitate ce merge după unii autori până la 65%, dar rezultatele bune obţinute au făcut să se încline balanţa tot de partea ei.

* * *

In aceiaşi ordine de idei şi pentru ilustrarea celor rezumate mai sus, credem că relatarea pe scurt a două cazuri îndreptăţeşte apariţia acestor rânduri:

In **I-iul caz** e vorba de bolnavul M. I., de 26 ani, din Bucureşti, de meserie croitor, ce intră pe ziua de 16 Sept. 1930, în serviciul chirurgical al spitalului Filantropia (condus pe acea vreme de d-l Agregat şi medic primar Gr. Georgescu) cu plagă prin armă de foc, (revolver) în spaţiul al patrulea intercostal stâng la 4 lăţimi de degete de linia mediană, cu retenţia proectilului.

Starea generală rea, paloarea intensă a pielei şi mucoaselor, bolnav apatic, abia răspunde la întrebări, puls frecvent peste 140 pe minut, temperatura 36,5. Examenul somatic general nimic deosebit. La percuţie aria cardiacă mărită cu doza laturi de legat. La ascultaţie sgomotele inimei abia se aud, frecvente, la care se adaugă un sgomot de moară net perceptibil.

In spate la percuţie matităte pe 4 laturi de deget la baza pulmonului stâng. Diagnosticul de urgenţă este de plagă a cordului, cu hemopericard şi hemotorax stâng.

Având în vedere sediul plăgii, cu semnele de hemoragie internă, se intervine după o pregătire preoperatorie rapidă ce se continuă pe masa de

operație. Anestezie ușoară cu cloroform, cu debridarea plăgei și lărgirea ei prin rezecții costale din loc în loc atât cât e socotit necesar, să poată pătrunde mâna, se decolează pleura, se descopere pericardul perforat de unde se evacuează o cantitate de cheaguri sanguine. Din ventriculul stâng la fiecare sistolă și prin plăgile anterioară și posterioară se scurge sânge în jet sistolic slab.

Se suturează rapid plaga anterioară și posterioară situate aproape de vârful inimei.

Se închide brеșa pericardică și pleurală și se drenează parțial plaga operatorie.

Tratament postoperator obișnuit, fără transfuzie și cu toate sforțările depuse, moartea survine la 2 ore dela operație prin colaps cardiac.

In al **II-lea caz** e vorba de pacientul A. M., de 19 ani, din Craiova, care în urma unei deziluzii sentimentale își trage un glonte de revolver în regiunea precordială. Își pierde cunoștiința și este adus de urgență la ora 10 noaptea, la spitalul Filantropia din Craiova, pe ziua de 27 Septembrie 1935, abia conștient cu semne de hemoragie internă.

Plaga este situată la 7—8 cm. de linia mediană în spațiul al patrulea intercostal stâng, cu mărirea ariei cardiace, iar la auscultație cu bătăi slabe, frecvente cu un sgomot de fâșâit caracteristic. Percuția în spate, matitate pe trei laturi de deget la baza pulmonului stâng cu murmur vezicular abolit.

După o pregătire prealabilă, intervin cu anestezie slabă cu eter. Ajutat de instrumentara serivciului din lipsă de personal, fac un lambou cu deschiderea externă (tip Delorme-Fontan), cu rezecție parțială a coastelor 3-4-5 stângi, se pătrunde în cavitatea toracică și se decolează cu ușurință languete pleuropulmonară, ajung la pericard care e perforat și pe care îl deschid mai mult, se constată un hemipericard, care e evacuat, se recunoaște plaga anterioară a ventriculului stâng, care se suturează, având inima în mâna stângă, apoi plaga posterioară cu câte un fir subțire de mătase, neperforant. Sutura brеșei pericardice și pleurale și închiderea fără drenaj. Pe masă, bolnavul primește 2 kgr. de ser fiziologic, tonicardiace, medicația respectivă pentru circulația periferică, apoi tratament postoperator obișnuit.

A doua zi temperatura 38°, puls bun, ușor slăbit, 120 pe minut, a treia zi 37,6, puls 96, iar a patra zi temperatura scade la normal.

La 48 de ore dela operație se scoate din pleura stângă o cantitate de 100—120 grame de sânge, transformat, de culoare brună.

A șasea zi, bucuros de succesul personal obținut, vine surpriza. Contrariu recomandărilor mele, bolnavul se scoală în sus, spre a-și bea laptele și e brusc apucat de o senzație de rău; se culcă în pat și, cu toate ajutoarele date, sucombă rapid în urma unei sincope cardiace.

La autopsie se constată „de visu" plăgile cardiace perfect cicatrizate, nu găsim nimic supurativ în cavitatea pericardică sau pleură, nici vreo embolie a coronarelor.

Examenul anatomo-patologic microscopic a arătat un proces de cicatrizare fără fibre musculare la nivelul plăgilor.

Cazul operat de mine este instructiv din mai multe puncte de vedere. In primul rând o supraviețuire de 6 zile pline, ceea ce dată fiind marea mortalitate a plăgilor însăși cât și postoperatorie, constitue un succes, din păcate de scurtă durată.

In al doilea rând e instructiv asupra contribuției pe care trebue s'o dea orice bolnav, chiar atunci când scapă pentru moment de o supraveghere mai atentă și care se caracterizează prin lipsa oricărui efort fizic păstrând patul multă vreme.

In al treilea rând socotesc observația mea suprapusă cazului Durante cu vindecare și cicatrizare în scurt timp, de numai 6 zile.

Am socotit necesar să public aceste două cazuri, drept o modestă contribuție și să rememorez pentru actualitate aspectele varii, multiple și importante ale studiului plăgilor prin armă de foc ale cordului.

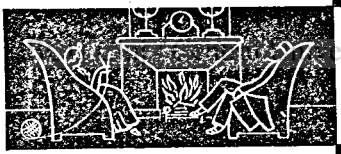
sirop laxatif GOBEY PARIS

INDICATIONS

LES ENFANTS
MÊME LES NOURRISSONS

LES OPÉRÉS

LES FEMMES
ENCEINTES ET EN COUCHES



LES VIEILLARDS

LES JEUNES FILLES

LES CONVALESCENTS
LES NERVEUX, (ÉPUISÉS, ETC.)
LES PLÉTHORIQUES
PAR VIE SÉDENTAIRE
LES NEURASTHÉNIQUES

LABORATOIRES GOBEY-PARIS

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC

FLUCTUAT NEC MERGITUR

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

CONTRIBUȚIUNI LA STUDIUL BIOLOGIC A DOUĂ REGIUNI ALE ȚĂRII

de

D-r GH. BUNGEȚIANU

Observațiunile noastre au ca obiect două loturi de populație masculină, din două regiuni diferite ale țării, chemate în cadrele armatei.

Aceste două loturi prezintă diferențe geografice, de vârstă, de felul instrucției militare la care au fost supuse, de anotimpul în care au fost instruite și diferențe biologico-medicale pe care ne vom strădui să le evidențiem și să le analizăm, apoi vom face scurte comparații cu statistici străine.

Primul lot cuprinde absolut toată populația masculină între 20 și 29 ani (10 contingente) din 5 comune învecinate din jud. Hotin, în total 1600 oameni. Cu aceștia s'a făcut instrucția militară pe loc (în satele lor), ei dormind și mâncând acasă, câte 3 sau 4 zile pe săptămână, timp de trei luni de iarnă (o iarnă în mod particular foarte aspră).

Al doilea lot este alcătuit din 640, recruți de 20 și 21 ani, originari majoritatea din jud. Neamț și, o parte, din jud. Bacău. Aceștia au fost încazarmați în orașul Piatra-Neamț și au făcut o perioadă de instrucție egală cu a celorlalți însă zi de zi, trăind regimul de cazarmă cu rigorile lui. Perioada lor de instrucție a fost primăvara (o primăvară ploioasă).

La cei 1600 oameni din lotul din nordul Basarabiei, au fost găsiți inapți pentru serviciul militar 30, adică 1,88%, amânați 24, adică 1,5%, au fost clasați la serviciul militar auxiliar 32, adică 2%. Totalul celor care n'au fost găsiți buni pentru serviciul militar combatant se ridică astfel la 5,38%.

Amânările au fost acordate pentru nedesvoltare, în 6 cazuri asociată cu tuberculoză pulmonară evidentă sau cu manifestări care făceau să i se bănuiască prezența (bronșită cronică, modificări respiratorii la vârfuri), 1 caz pentru debilitate și epilepsie, 1 caz pentru piodermită cu elefantiasis ale membrelor inferioare post scabie.

Intre cazurile de inaptitudine la serviciul militar au fost:

Afecțiuni congenitale 3 (1 caz de malformații congenitale ale articulațiilor membrelor, 1 caz de fistulă lacrimală și malformație a fantei palpebrale cu epifora foarte accentuată, 1 caz de strabism cu mystagmus).

Tbc. pulmonar 2, afecţiuni cardio-vasculare 2, afecţiuni nervoase şi mintale 4 (paraplegie spastică, maladia lui Wilson demenţă precoce, echivalenţe epileptice).

Tbc. osteo-articular 10, tbc. cutanat 1, varice cu ulcer 1, sechele post-traumatice 3.

Afecţiuni care au motivat clasarea în serviciul militar auxiliar: debilitate 1, tbc. pulmonar fibros 1, transpoziţiunea cordului 1, tachicardie 1, otite cronice, perforaţia uni- sau bilaterală a timpanului 7, hernii 4, tbc. osos 2, sechele de traumatisme 13 (între acestea 6 sunt limitări ale acuităţii vizuale prin cataracte, colobome, leucoame şi sinechii traumatice; tot printre acestea s'a socotit şi un caz de lipsă a unei porţiuni din coastă după rezecţie pentru abces subfrenic). Varice ale membrelor inferioare 2.

Consideraţiuni în legătură cu etiologia: După cum se vede ceea ce dă procentul cel mai mare de inaptitudine pentru serviciul militar, sunt tuberculozele osteo-articulare, reprezentând o treime din cazurile clasate ca inapte pentru serviciul militar. Reprezintă cu alte cuvinte o incidenţă de 6,2% bărbaţilor din acea regiune. De altfel şi la tineretul între 7 şi 18 ani care ne solicită scutiri dela şcoală sau activitate extra-şcolară, am constatat de asemenea că în majoritatea cazurilor era vorba de tuberculoze osteo-articulare.

La cazurile clasate la serviciul militar auxiliar, pe lângă sechelele traumatismelor, care în majoritatea lor au atins organul vederii, ne izbeşte frequenţa celor care au trebuit fi clasaţi în această categorie ca urmare a otoreelor cronice. Socotim această frequenţă ca un semn al indolenţei populaţiei noastre rurale, căci în mai toate cazurile era vorba de otite catarale survenite încă din copilărie care s'au cronicizat, ajungând complect rebele la tratament. Niciun caz n'a fost paracentezat sau tratat până la încorporare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Consideraţiuni în legătură cu ereditatea: Din cercetarea tuturor cazurilor care ne-au trecut pe dinainte şi la care am căutat să vedem dacă boalele au un caracter familiar, am constatat că, verdictul de inaptitudine a lovit odată doi fraţi şi un văr primar (unul prezentând o osteomyelită tbc. a gambei, altul hernie mare inoperabilă, splenomegalie accentuată cu anemie severă şi tbc. pulmonară, iar al treilea otită medie supurată cronică şi cicatrice aderente la piciorul drept după fistule tbc., jenând mişcarea). Toţi trei exemplare deasupra mediei, fiind destul de impunători ca statură, dar ilustrând o familie grav atinsă de tare, în special de tuberculoză, unul prezentând o localizare pulmonară, ceilalţi doi localizări osteo-articulare.

Pe al treilea lot din regiunea Neamţ-Bacău, la un efectiv de 640 oameni, s'au găsit inapţi pentru serviciul militar 45, adică 7,03%, amânaţi la încorporare 11, adică 1,72%, şi au fost clasaţi pentru serviciul militar auxiliar 24, adică 3,75%. Totalul celor care n'au fost găsiţi apţi pentru serviciul militar combatant, se ridică astfel la 12,50%.

Au fost amânaţi 11 oameni pentru următoarele cauze:

Tbc. pulmonar 4, tbc. ganglio-cutanat 1, tbc. osos 1, guşe asociată cu devierea degetului mare dela un picior 1, otită cronică supurată 1, sechele post-traumatice 3.

Pe lângă aceştia, care au fost amânaţi chiar dela încorporare, au trebuit să mai fie amânaţi încă 18, din cauze intercurente apărute curând după încorporare. Aceste cauze au fost pe lângă boli contagioase

(tifos exantematic, rujeolă, oreillon, sifilis), flegmoane şi plăgi atone, şi 11 cazuri de pneumonii, broncho-pneumonii, congestii pulmonare şi pleurezii.

Intre cazurile de inaptitudine la serviciul militar au fost:

Parakeratoză ereditară palmo-plantară 1, debilitate fizică 2, debilitate mintală 5, tbc. pulmonară 3, tbc. pulmonară asociată cu tbc. renală 2, tbc. ganglionară 3, tbc. osoasă şi osteo-articulară 7, sechele de traumatisme 5, scăderea acuităţii vizuale 4, otite cronice, scăderea acuităţii auditive 2, atrofia musculară a unui membru după polyomyelită 4, picioare strâmbe cu atrofii musculare 2, ulcer varicos 1, prolaps rectal 1, davus al pielii capului în faza cicatricială 1, gângăveală accentuată 1, maladie mitrală 1.

Afecţiunile care au motivat clasarea la serviciul militar auxiliar:

Debilitate fizică 5, pleurită, scleroză pulmonară 2, tbc. ganglionar 1, sechele de tbc. osos 1, eretism cardiac 1, scăderea activităţii vizuale 6. otită cronică supurată (şi un caz de otită cronică cicatricială) 3, sechele traumatice 3, reumatism cronic 1, guşe chistică 1.

Consideraţiuni în legătură cu etiologia: Cei mai mulţi inapţi sunt tot tuberculoşii şi se constată aceiaşi predominenţă a tuberculozelor extrem-pulmonare faţă de cele pulmonare. In acest lot se întâlneşte şi un număr mare de debili mintali, lucru care ar putea fi pus alături de proporţia mare de guşaţi observată la tinerii din această regiune prezentaţi la încorporare (aproape 30%, vorbind însă numai de o hipertrofie de proporţii reduse a tiroidei fără manifestări clinice).

Au motivat clasarea la serviciul militar auxiliar în primul rând tot otitele cronice, alături de scăderea acuităţii vizuale şi sechelele posttraumatice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Comparaţie între cele două regiuni: După cum am enunţat la început, cele două loturi se deosibesc: a) Prin situaţia geografică: primul lot cuprinde locuitori din regiune de şes-coline, din sate învecinate, al doilea lot locuitori din sate disparate, majoritatea din regiunea muntoasă; b) Dacă primul lot e mai omogen ca grupare regională, e însă mai puţin omogen ca vârstă, al doilea recrutat din sate disparate, cuprinde tineri de aceeaşi vârstă; c) Unii au locuit şi mâncat acasă, făcând instrucţie numai câteva zile pe săptămână, ceilalţi au făcut instrucţie zilnic, au mâncat la cazarmă şi au locuit în dormitoare comune; d) Au avut parte de două anotimpuri cu totul deosebite, ceea ce pentru considerente în legătură cu instrucţia militară e foarte important de amintit, fiindcă aceasta şi-a urmat cursul afară în aer liber, indiferent de situaţia atmosferică.

Comparativ se pot evidenţia următoarele: Lotul recrutat din regiunea Neamţ-Bacău se prezintă cu o valoare biologică mai scăzută (cu toate că e vorba de tineri de 20 ani), trebuind să fie respinşi dela serviciul militar combatant 12,50% faţă de 5,38% la lotul din nordul Basarabiei. La ambele loturi se constată o predominenţă printre cauzele morbide a tuberculozei extra-pulmonare (în ambele loturi din 100 inşi inapţi pentru serviciul militar combatant aprox. 16 au fost din cauza tuberculozei extrapulmonare), tuberculoza pulmonară urmând în rândul al doilea (aprox. 11% pentru ambele grupe). Morbiditate tuberculoasă (toate formele) atinge 3,6% tineri din regiunea Neamţ-Bacău şi numai 1,4% bărbaţilor (între 20—29 ani) din nordul Basarabiei.

Este interesant de remarcat că pentru tinerii proveniți din regiunea Neamț-Bacău se găsește un număr relativ mai mare de debili mintali și de sechele post-myelitice neîntâlnite în primul grup.

In timpul celor trei luni de instruire a primului lot, am observat un singur caz de scarlatină și două cazuri de flegmoane, care să necesite internarea, pe când lotul al doilea, pe lângă cei amânați dela încorporare chiar, au trebuit să mai fie amânați încă 18 din cauze intercurente apărute curând după încorporarea lor. Aceste cauze au fost, pe lângă boli contagioase (tifos exantematic, rujeolă, oreillon) care au apărut în timpul carantinării suspecților, 2 flegmoane și plăgi atone, 11 cazuri de pneumonii, bronchopneumonii, pleurezii și congestii pulmonare, dintre care 4 mortale.

Al doilea lot se ilustrează printr'un număr mare de infecții pleuro-plumonare grave, deși primul lot a făcut instrucție în zăpadă, pe viscol și geruri grozave.

Această diferență o punem pe seama a patru serii de factori: a) Valoarea biologică mai scăzută constatată dela început la lotul mai grav atins; b) Vârsta mai tânără a acestui lot; c) Influența defavorabilă asupra desvoltării pneumoniilor și bronchopneumoniilor a anotimpului primăvăratec; d) Influența debilitantă a regimului de cazarmă (dormitoare comune), a dislocării din mediul familiar și a efortului fizic mai mare a lotului al doilea.

De asemenea, dacă socotim continuarea vieții de familie ca responsabilă că n'am observat decât foarte puține boli venerice (2 gonococi la primul lot față de trei gonococi și două cazuri de sifilis secundar florid la al doilea lot), tot ei (dormitului în comun cu familia) i se datoresc numeroasele cazuri recidivante de râie pe care am avut ocazia să le observăm la grupul din nordul Basarabiei.

Comparație cu statistici streine: Totalizând ambele loturi, am constatat că s'au prezentat **în stare de sănătate perfectă** 72% din oamenii examinați. Această proporție se apropie de aceia întâlnită și în alte țări, de exemplu în Austria, în anul 1939, această cifră a fost de 75% [1]). Remarcăm că aproape totalitatea oamenilor încorporați de noi era compusă din muncitori agricoli sau la pădure, care după statistica lui Müller prezintă procentajul cel mai scăzut de sănătate (68% față de 81,55% la lucrătorii metalurgiști [2]).

Talia minimă de admisibilitate fiind în armata română 1,46 m., sub această limită n'am avut niciun caz. Comparând unul din loturile noastre în ceea ce privește numărul de oameni cu talia sub 1,54 m., cât era limita de admisibilitate în fostul imperiu Austro-Ungar și fosta Austrie, găsim pentru recruții noștri 3,6%, care să fie sub această cifră față de 3,9% în vechiul imperiu Austro-Ungar și 4⅔% în fosta Austrie [3]).

In ceea ce privește greutatea unuia din loturi care a fost studiat sub acest raport, au cântărit peste 60 kgr. 324 indivizi, sub 60 kgr.

1) Müller: Aertzteblatt für Oestereich, 1939, recenzat în Jur. of. Am. Ass. din 17 Junie 1939, v. 112, nr. 24, pg. 2546.

2) Müller, loc. cit.

3) Müller, loc. cit.

(exclusiv) 337 indivizi şi anume: unul a avut între 30—39 kgr., 32 între 40—49 kgr., 304 între 50—59 kgr., 286 între 60—69 kgr., 37 între 70—79 kgr., 1 între 80—89 kgr. Impărţind totalul kilogramelor la totalul oamenilor se găseşte o medie în kilograme de aproximativ 60 kgr.

In ceea ce priveşte greutatea în raport cu talia: 21 indivizi au o greutate egală cu numărul de centimetri cu care talia lor depăşeşte un metru; 51 indivizi au avut o greutate superioară numărului de centimetri ce trec peste metrul de înălţime; 363 au avut o greutate inferioară fracţiunii ce depăşeşte metrul. Media generală a fost cu 6—8 kgr. mai puţin faţă de numărul de centimetri cu care talia depăşeşte un metru. Această medie socotită aparte pentru cei clasaţi inapţi de serviciul militar şi amânaţi este cu 14 kgr. mai mică faţă de numărul de centîmetri cu care talia respectivului depăşeşte un metru.

Comparând cu statistici streine [4]), constatăm o stare de subnutriţie la tinerii noştri. Pe când la lucrătorii de uzină francezi în 1940 (adică înainte de începutul restricţiunilor alimentare impuse de război), numărul celor cu greutatea superioară centimetrilor din talie cu care depăşesc un metru era aproape egal (chiar puţin mai mare) cu numărul celor a căror greutate era inferioară centimetrilor din talie, la tinerii încorporaţi de noi în regiunea Neamţ-Bacău 3,3% au avut o greutate egală cu numărul de centimetri din talie, 8% o greutate superioară şi 88,7% o greutate inferioară. Pe când după trei ani de privaţiuni, aşa cum le-au îndurat francezii, popor învins, 15% dintre lucrătorii de sex masculin au greutatea inferioară cu 10 kgr. faţă de fracţiunea în centimetri din talie, la tinerii din regiunea Neamţ-Bacău proporţia e de 22%.

Tuberculoza: Pe când statistica franceză a lui Amsler şi Moine [5]), ne arată că morbiditatea de tuberculoză (toate formele) la 1000 bărbaţi francezi între 20—44 ani este de 11, la 1000 bărbaţi din nordul Basarabiei este de 14, iar la 1000 tineri din regiunea Neamţ-Bacău este de 38.

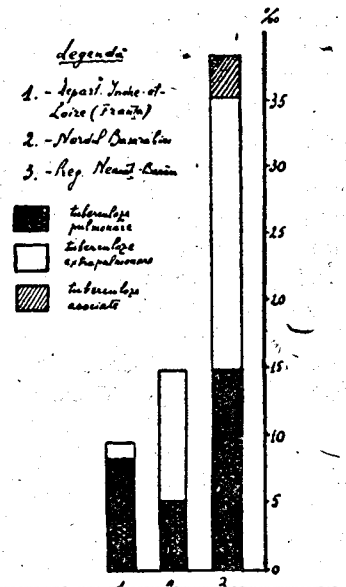
Observăm că gradul de tuberculizare (toate formele) este mai redus la districtul francez cu care facem comparaţie, în acelaşi timp acesta cuprinde şi grupul cu vârsta cea mai ridicată; la populaţia din nordul Basarabiei gradul de tuberculizare este ceva mai mare, de asemenea şi vârsta celor studiaţi este ceva mai tânără; în regiunea Neamţ-Bacău proporţia tuberculizării este cea mai ridicată, grupul acesta cuprinzând oamenii cei mai tineri. Dar socotim că nu numai vârsta creează această diferenţă în morbiditatea tuberculoasă. Căci nu numai atât. Observăm că în aceiaşi proporţie în care se măreşte numărul cazurilor de tuberculoză (toate formele) se măreşte şi proporţia de tuberculoze extra-pulmonare. Pe când în departamentul Indre-et-Loire, tuberculozele extra-pulmonare sunt de 8 ori mai puţine decât cele pulmonare la noi în nordul Basarabiei sunt aproximativ 4 cazuri de tuberculoză extra-pulmonară la 3 de tuberculoză pulmonară, iar în regiunea Neamţ-Bacău sunt

4) Feil A. Presse Méd. 1943, pg. 298, nr-ul 21.

5) Făcută pe un total de 56 300 bărbaţi, reprezentând totalitatea bărbaţilor între 20—44 ani din departamentul Indre-et-Loire, cu o populaţie totală de 243,276 locuitori. Presse. méd. 1943, nr. 4, pg. 33.

aproximativ 5 cazuri de tuberculoză extra-pulmonară la 3 de tuberculoză pulmonară.

Excludem în această proporție cele 2 cazuri în care este vorba de asociații între tuberculoză pulmonară și extra-pulmonară.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Clasic se admite că localizările extra-pulmonare traduc o stare de rezistență mai marcată a organismului. Ni se pare de asemenea logic de a admite că aceste forme de rezistență vor fi în proporție mai mare în regiunile unde tuberculoza bântuie de mai multă vreme și unde a avut deci timp să se fixeze pe mai multe generații, imunizându-le astfel parțial, lucru evidențiat de altfel tocmai de răspândirea globală mai mare a tuberculozei în aceste regiuni. Astfel că, deoarece în regiunea Neamț se constată o răspândire mai mare a tuberculozei cu o mai mare proporție a formelor de rezistență din partea organismului, putem conclude că în această regiune infecția tuebrculoasă e mai veche decât în nordul Basarabiei, iar aici e mai veche decât în departamentul francez Indre-et-Loire. In lecția de deschidere a cursului de ftiziologie, Daniello a prezentat epidemia de tuberculoză care bântuie în România ca fiind mai recentă decât cea din țările apusene, unde se află în declin. Ori pentru noi pare demonstrat faptul că cel puțin în regiunea Neamț-Bacău, tuberculoza prezintă forme mai bătrâne decât în departamentul Indre-et-Loire. Nu vrem să ne avântăm în speculații și să susținem că aceste fapte ar contrazice succesiunea topografică în timp așa cum, pe bază de documente statistice, a fost prezentată de Daniello, cuprinzând într'o evoluție ciclică uriașe întreaga suprafață a globului terestru, dar ele apar ca o excepție în cadrul acestei prezentări sintetice și merită să fie luate în considerare de cei ce studiază epidemiologia tuberculozei. De

asemenea găsim în faptele expuse de noi un argument în contra părerii clasice, enunțată adesea sub formă de lege, că în regiunile de munte, tuberculoza e mai rară.

Prezența unei hipertrofii tiroidiene (fără manifestări clinice de cele mai multe ori) am constatat-o în Basarabia în 0,19%, iar în Neamț în 21%. Citățm pentru comparație că în Austria la contingentul 1938, (născuți în 1917—1918), s'a constatat hipertrofia tiroidiană în 16,7% din totalitatea acestei clase, iar în vechiul imperiu Austro-Ungar se prezentau la recrutare 7,54% guşaţi [6]).

Decese n'am avut decât în lotul Neamț-Bacău, cauzate toate de pneumonie şi broncho-pneumonie şi reprezentând 0,63% din efectul încazarmat. Pentru comparație citățm din statistici streine pe cea a armatei argentiniene în care decesele prin pneumonie şi broncho-pneumonie reprezintă 0,53—0,73% [7]). Intre cazurile de mortalitate, pneumonia şi broncho-pneumonia ocupă locul al doilea în armata argentiniană, în armata nord-americană a ocupat mulți ani locul întâi, iar în 1938 locul al 3-lea [8]).

Ca boli veneriee s'a întâlnit gonococia la 1,25% din efecivul lotului din nordul Basarabiei în intervalul de 3 luni de instrucție şi 4,7‰ din efectiv la lotul din Neamț-Bacău. Dacă multiplicăm cu 4 această medie trimestrială pentru a afla numărul îmbolnăvirilor la un an, ajungem pentru lotul care a făcut instrucție în garnizoana Piatra-Neamț la o cifră egală aproape cu procentul îmbolnăvirilor anuale de gonococie din armata nord-americană, 19,6‰ [8]).

In ceea ce privește sifilisul, în nordul Basarabiei n'am întâlnit niciun caz dobândit în această perioadă de instrucție, pe când în garnizoana Piatra-Neamț au fost 3,1‰ din efectiv, această cifră raportată la un an ar fi de 12,4‰, față de 8‰ în armata nord-americană [8]).

In armata Statelor-Unite se fac pe un contingent aproximativ:

1,99% tonsilectomii la % din efectiv; 1,16 apendicectomii la % din efectiv; 0,47 herniotomii la % din efectiv [8]).

In unul din grupele noastre urmărit din acest punct de vedere s'au făcut:

0 tomsilectomii; 0,16% apendicectomii; 1,41% herniotomii; 1,55% diverse (varicocele, hidrocele, kiste ale cordonului).

Remarcăm pentru armata nord-americană predominența tonsilectomiilor şi apendicectomiilor, lucru care trebue pus în legătură cu atitudinea intervenționistă până la exagerare a chirurgilor acestei țări şi predominența herniilor la noi în țară, lucru care e în legătură cu eforturile fizice mari la care sunt supuşi tinerii noştri, alături de o stare de nutriție mai proastă şi de lipsă a practicării sporturilor, care face ca musculatura în genere şi în speță cea abdominală să fie mai slab desvoltată.

* * *

6) Müller, loc. cit.

7) G. Ruzo: Revista de Sanidad militar, Buenos Aires, 1939.

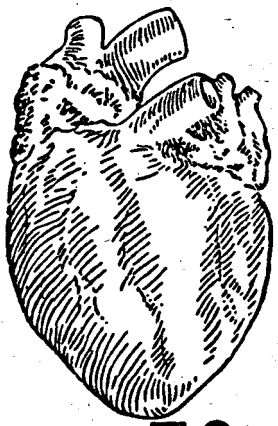
8) Report of Health of Army U S A. pe anul 1938, efectivul acestei armate fiind pentru anul 1937, 175.524 iar pentru 1938, 182.815.

In rezumat, am constatat în două regiuni diferite ale țării diferențe notabile din punct de vedere al valorii biologice al materialului uman. Regiunea Neamț-Bacău are o valoare biologică mai scăzută, prezentând proporțional cam de două ori și jumătate mai mulți bărbați inapți pentru serviciul militar combatant decât populația jud. Hotin, furnizând și decese, neîntâlnite în lotul basarabean, deși mai numeros. Populația regiunei Neamț-Bacău se prezintă într'o stare de subnutriție mai accentuată decât a muncitorilor francezi după trei ani de privațiuni alimentare foarte severe. Această populație este mult mai tuberculizată decât cea din nordul Basarabiei, care la rândul ei e mai mult decât cea din departamentul francez cu care facem comparație (v. graficul). Se remarcă pentru ambele regiuni din țara noastră o proporție mult mai mare de tuberculoze extra-pulmonare față de cele pulmonare în raport cu statistica streină amintită.

Privitor la influența serviciului militar asupra sănătății am arătat că viața de cazarmă, dislocarea din mediul familiar sunt cauze favorizante pentru infecțiile pulmonare și pentru contaminările veneriene. Mai ales contaminarea spirochetozică întrece cu mult proporția din armata nord-americană, aceasta la rândul ei fiind una dintre statisticile militare cele mai încărcate sub acest raport, mai ales din cauza contaminărilor masive ale soldaților coloniali (Filipine, Havai, etc.). De asemenea pare să degajeze concluzia că vârsta mai fragedă a lotului al doilea a fost un factor favorizant pentru infecțiile pulmonare grave ale acestui lot. Este un fapt important de relevat astăzi când se supun rigorilor vieții militare contingente din ce în ce mai tinere.

Un alt fapt evident este frequența mare a intervențiilor chirurgicale pentru hernii, varicocele și hidrocele la soldații noștri și frequența mică a tonsilectomiilor și apendicectomiilor.

Reprezentanța p. România: S. I. F. s. a. r. București IV, Avram Iancu 32



Verodigen

Preparat de Digitală

Acțiune rapidă și toleranță excelentă

Comprimate	de 3 ori pe zi $^1/_2$ comprimată.
	Dupa 3 zile
Granule	de 2 ori pe zi $^1/_2$ comprimată.
Supozitoare	Medicație foarte economică!

La edeme Verodigen compositum

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

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

Perlatan-Calcium

în turburările menopauzei

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Compoziție:

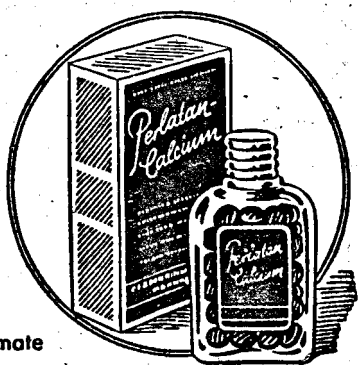
100 U. I. Perlatan

0,25 g Lactat de calciu

0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1 – 2 comprimate



C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

FLICTENELE OCULARE ŞI TUBERCULOZA, CORELAŢIA DINTRE ELE

de

Doc. D-r V. CERCHEZ şi **Extern V. V. CERCHEZ**

Iaşi

Conjunctivita flictenulară este o afecţiune oculară foarte des întâlnită şi în timpul copilăriei şi în timpul adolescenţei, care la început pare să fie banală, care nu este luată în considerare şi care totuşi cred că este de o mare importanţă socială, în depistarea tuberculozei infantile, fiind în strânsă legătură cu ea.

Conjunctivita flictenulară se manifestă prin simptome funcţionale şi simptome obiective; simptomele funcţionale, lăcrămare şi fotofobie sunt mai pronunţate atunci când flictenele sunt pe cornee, de unde şi denumirea de cherato-conjunctivită flictenulară. Simptomul obiectiv principal este **flictena**, una sau mai multe, şi ea este aceea care caracterizează afecţiunea. Ea apare la început sub forma unei ridicături conice solide, alb-gălbui, de diferite dimensiuni, acoperită de un epiteliu conjunctival şi după puţin timp se produce o ulceraţie; de jur împrejur se produce o vascularizaţie şi această vascularizaţie este şi ea caracteristică, fiind complect circumscrisă, formând un triunghiu cu vârful spre cornee şi care se produce după câteva zile dela producerea flictenei. Flictena este totdeauna superficială şi când stă pe cornee stă pe membrana lui Bowmann care nu este respectată totdeauna şi atunci reţeaua vasculară străbate în păturile profunde ale corneei după ce a distrus această membrană. Această leziune caracteristică, flictena, a conjunctivitei flictenulare nu este în sensul histologic o flictenă, ea nu este o veziculă goală, ci o eruptiune pustuloasă şi aceste flictene sunt pline de grămezi de leucocite polinucleare şi apar fie numai pe conjunctivita bulbară, fie la limbul sclero-cornean şi în cazuri rare pe cornee chiar şi alte ori deopotrivă şi pe conjunctivă şi pe cornee. Flictena este deci simptomul caracteristic al conjunctivitei flictenulare şi cred că ar putea fi socotită ca o entitate morbidă separată de conjunctivita impetiginoasă, de conjunctivita scrofuloasă, de conjunctivita exematoasă şi de conjunctivita limfatică, care nu prezintă această flictenă decât foarte rar, şi nici vascularizaţia caracteristică şi deci nu pot fi înglobate la un loc şi nu pot fi socotite sinonime, cum se face.

In aceste conjunctivite sinonime: conjunctivita impetiginoasă, conjunctivita scrofuloasă, conjunctivita exematoasă, conjunctivita limfatică, flictena apare foarte rar şi atunci când apare, apare tardiv după alte simptome subiective şi obiective caracteristice ca secreţiune şi vascularizaţie intensă, ea nefiind simptomul caracteristic al acestor conjunctivite; iar vascularizaţia caracteristică în triunghiu nici nu mai este distinctă, fiindcă în aceste conujnctivite, vascularizaţia este mult mai pronunţată; este generală, sau aproape generală, plecând din conjunctiva fundurilor de sac, cuprinzând uneori toată conjunctiva palpebrală şi conjunctiva bulbară. Prin urmare, de această conjunctivită flictenulară cu manifestările sale primitive şi caracteristice prin flictene şi prin vascularizaţia sa în triunghiu în jurul flictenei ne vom ocupa şi vom căuta să-i dăm importanţa pe care ar trebui s'o aibă.

Sunt acele afecţiuni eruptive ale copilăriei, ca: rugeola, scarlatina, etc., care pot produce flictene oculare în momentul evoluţiei afecţiunei eruptive, dar acestea sunt flictene secundare şi care odată cu vindecarea afecţiunei generale, flictenele dispar şi nu mai apar niciodată. Acestea nu intră în cadrul conjunctivitei flictenulare primitive, unde flictenele totdeauna recidivează şi pot dura cu intermitenţă luni şi chiar ani.

Chestiunea etiologiei şi patogeniei conjunctivitei flictenulare, a atras atenţia unui mare număr de cercetători şi de aceia şi cauzele cărora li s'a atribuit la început rolul de factori determinanţi în producerea flictenelor oculare, au fost multe.

Masselon, acuză şederea în camere umede şi lipsite de soare, că ar produce flictene oculare; Lagrange şi Poulard au acuzat factorul climatic — primăvara şi toamna, — că ar favoriza producerea flictenelor oculare. Albert Mihel a încriminat pneumococul şi stafilococul în producerea flictenei oculare, însă nu s'a putut reuşi ca cu ajutorul stafilococului sau a toxinei sale, să se provoace flictene oculare, chiar atunci când conjunctiva a fost traumatizată. Însă toţi oftalmologii au observat coexistenţa flictenei oculare cu simptome de scrofuloză: figura palidă, coriza cronică, impetigo, vegetaţiuni adenoide, precum şi apariţia ei în perioada copilăriei, ori, Marfan a stabilit că scrofuloza este o formă de tuberculoză a copilăriei. Şi atunci această coexistenţă a scrofulozei cu flictenele oculare, au făcut pe foarte mulţi autori să conducă cercetările lor asupra flictenelor oculare, în domeniul etiologiei tuberculoase. Şi atunci cercetările autorilor Wessely şi Stock în 1907, în Graef Archiv. Opht. au căutat să demonstreze că flictenele oculare sunt datorite acţiunei directe a bacilului virulent Koch. Această părere în urma experimentării a trebuit să fie complect părăsită, neputându-se dovedi de a se găsi bacilul Koch în flictenă şi inoculările la iepuri şi şoareci au fost negative, flictena oculară fiind dela început sterilă.

Arloing (în Transformation du bacille du Koch 1900), Fontés în 1910, Arloing şi Dufourt (în Variabilité de la virulence de virus tuberculeux filtrant), Bezançon şi Philibert au căutat să dovedească că flictenele oculare sunt produse de o formă filtrantă a bacilului tuberculos. Şi această ipoteză a trebuit să fie părăsită, neputându-se demonstra în mod indiscutabil.

Lober şi Bruns (în Arch. f. Opht. 1904), au căutat să arate că flictenele oculare sunt datorite acţiunei bacililor tuberculoşi morţi, cari ajungând pe conjuntivă, din un focar tuberculos ganglionar, determină aici o reacţiune locală minimă.

Rosenhauh (în Arch. f. Opht. 1910), Dujardin şi Duprez (în Annales de medecine 1923), au susţinut că flictenele oculare sunt provocate prin acţiunea combinată a tuberculozei de origină endogenă şi a unei toxine de origină exogenă, în special stafilococul. S'a observat în clinică în

adevăr că, flictenele oculare apar foarte des la persoane cu leziuni impetiginoase ale pielei. In cadrul acestei păreri ar fi şi aceea a lui Terrien, care spune că flictena oculară este datorită toxinei tuberculoase, favorizată de o infecţie exogenă, în special stafilococul. Deci, pe lângă alergia specifică, mai este şi o alergie nespecifică heteroalergie, cum a numit-o Dujardin şi Duprez şi cari explică hiperexcitabilitatea alergică faţă de iritaţiuni nespecifice.

Weeckers încă din anul 1909 a demonstrat experimental, că flictenele oculare sunt datorite acţiunei specifice a toxinei tuberculoase. Acest autor a dovedit că:

a) **Instilarea tuberculinei în fundul de sac conjunctival la acei ce au avut flictene oculare, provoacă noui flictene;**

b) **Reacţia ocular pozitivă, la tuberculină, provoacă flictene oculare, chiar la acei ce nu le-au avut;**

c) **Animalele tuberculizate în prealabil, dacă li se instilează tuberculină în ochi, fac flictene oculare;**

d) **La animalele netuberculizate prin instilare de tuberculină, nu se produc flictene oculare. Pentru ca tuberculina să poată produce experimental flictene oculare, trebue ca să existe o infecţiune tuberculoasă.**

Aceste fapte au fost confirmate experimental venind în sprijinul acestei teorii şi de alţi autori: Rubert (1912), Stargardt (1916) şi Yasutosi Kuboki (1922).

La noi în ţară, Prof. D-r Mihail şi D-r Glăvan în 1921, prin o serie de cercetări la clinica Oftalmologică Cluj, şi făcând o statistică pe 781 bolnavi cu cherato-conjunctivită flictenulară şi exematoasă, constată că toţi aceşti bolnavi, prezintă adenopatie tracheo-bronşică pusă în evidenţă prin radiografie, cutireacţia la tuberculină este pozitivă aproape în totalitatea cazurilor, că aceşti bolnavi sunt febrili şi că tuberculoza se întâlneşte foarte des în antecedentele bolnavilor şi din aceste fapte au arătat că există o strânsă legătură între flictenele oculare şi tuberculoză, şi această părere este menţionată şi în tratatul de oftalmologie al Prof. D-r Mihail, apărut în 1928.

D-r Cerchez, în 1934, a publicat în revista de Igienă socială, cercetări făcute pe 306 persoane cu flictene oculare, dar numai cu flictene oculare primitive şi caracteristice, şi a constatat la examenul radiografic că 80% au adenopatie traheo-bronhică, iar intradermo-reacţia la tuberculină, este 98% pozitivă, majoritatea sunt febrili şi la foarte mulţi flictenulari în antecedentele lor, s'au găsit bolnavi de tuberculoză.

Aceste fapte experimentale şi clinice explică în mod concludent corelaţia patogenă între flictena oculară şi tuberculoză şi după aceste cercetări, se mai poate constata că flictena oculară este o manifestare benignă a tuberculozei.

L. Genet, are următoarea clasificaţie patogenică asupra conjunctivitei flictenulare:

1. **Flictena oculară ar fi o manifestare a scrofulozei:** Sichel în 1937, numeşte această afecţiune, oftalmie scrofuloasă. Autorii germani numesc conjunctivita flictenulară sub numele de scrofuloza conjunctivei şi când este localizată pe cornee, o numesc scrofuloza corneei. Dar ştim că majoritatea autorilor, consideră scrofuloza ca o manifestare a tuberculozei, prin urmare şi conjunctivita flictenulară care este socotită o oftalmie scrofuloasă este şi ea o manifestare a tuberculozei.

1. **Conjunctivita flictenulară, ar fi secundară afecţiunilor din vecinătate,** cum ar fi eczema sau impetigo a feţei, precum şi, a leziunilor din rinofarinx. Autori ca Magitot, Goulfier arată că copiii cu conjunctivita flictenulară, sunt toţi de tipul adenoido-limfatic cu tendinţă vagotonic. Sargnon, Rollet, Worms şi Bidault arată că leziunile nazofaringiene sunt constante la persoanele cu conjunctivită flictenulară prin iritaţiunea simpaticului şi a trigemenului.

3. **Conjunctivita flictenulară ar fi de origină stafilococică.** Duclos Boucheron şi Coppez, incriminează stafilococul ca factor determinant al flictenei oculare. Nu s'a putut dovedi însă, ca cu ajutorul stafilococului sau a toxinei sale să se provoace flictenele oculare.

4. **Conjunctivita flictenulară ar fi datorită unei diateze exudative.**

Czerny şi Schutz, afirmă că flictena oculară ar fi datorită unei diateze exudative, nu s'a putut dovedi aceasta.

5. **Flictena ar fi o manifestare a tuberculozei.** Leber (în 1901, Congrès de Heidelberg), a afirmat prima dată, că flictena oculară este produsă de toxina tuberculoasă de origină endogenă şi toxinele găsite pe conjunctivă produc flictene. Weckers, crede că flictena este o manifestaţie de alergie tuberculoasă, şi spune că toţi oamenii în cursul vieţii lor, sunt contaminaţi de bacilul Koch şi atunci formează un proces de imunitate în ganglioni. Flictena este o mărturie a acestei impregnări tuberculoase, în o parte a organismului. Weckers, arată că la flictenulari, există leziuni tuberculoase osoase şi după legea lui Marfan, flictenularii nu devin niciodată tuberculoşi pulmonari gravi.

Flictena ar fi produsă după Weckers de o cantitate mică de tuberculină, aduse cu lăcrămile şi depuse pe conjunctivă. Ar fi o autooftalmo-reacţie care ar merge paralel cu o sensibilitate cutanată de aceeaşi natură pusă în evidenţă de cutireacţii. Weckers ca şi Marfan, spun că flictena ar fi o reacţie alergică a conjunctivei, produsă de tuberculină adusă de lăcrămi. In faţa atâtor cercetări, clinic şi experimental, pare să se fi dovedit suficient că **toxina tuberculoasă este aceea care produce flictena oculară caracteristică şi apariţia ei este datorită unei cantităţi infime de tuberculină de proveniență endogenă vărsată prin secreţia lacrimală în fundul de sac conjunctival.**

Prin urmare din diferitele teorii enumerate mai sus, şi din cercetările şi din lucrările, statisticile şi faptele clinice a diferiţilor autori, **se poate să se facă o legătură strânsă între flictene oculare şi tuberculoză.** Se ştie că între 1 şi 15 ani, toate persoanele sunt contaminate de bacilul Koch. Odată acesta intrat în organism, prin pulmoni sau căile digestive, se localizează mai ales în ganglionii limfatici, în primul rând în ganglionii tracheo-bronşici şi aici se stabileşte imunitatea cea mai apreciabilă contra tuberculozei. Flictenele oculare survin extrem de rar în primele luni după naştere, frecvenţa lor maximă este după doi ani şi acest fapt este explicabil; după prima infecţie bacilară, se restabileşte hipersensibilitatea ţesuturilor caracteristică stării de alergie ce o capătă organismul faţă de tuberculoză şi când această ultimă condiţie, este realizată, apar şi flictenele oculare. Weckers, spune că flictena oculară este o afecţiune a copilăriei, este un semn de impregnaţie tuberculoasă, care ajunge la imunitate.

Cercetările lui Marfan, Weil Hallé şi ale lui Spiro-Livierato confirmă faptul de dobândirea imunităţii între 1—15 ani.

Din lucrările majorităţii oftalmologiştilor, din faptele lor clinice, expuse de Leber, Bruns, Stargardt, Fontés, Arloing, Dufourt, Malatre, Rubbert, Dujardin, Weckers, Nicolato, Glăvan, precum şi din lucrările şi faptele clinice ale pediatrilor ca Landouzy, Comby şi Marfan, se vede relaţia între conjunctivita flictenulară şi tuberculoasă.

Nu toţi oftalmologii, sunt de acord asupra acestui fapt, Magitot, Dubois-Poulsen şi Tillé în „Keratites d'origine nasale An. d'Oc. 1936", atribue ca factor determinant în producerea flictenelor oculare, leziunilor nasale coexistente care influenţează prin natura lor infecţioasă şi că numai prin tratarea acestor leziuni nasale, se poate obţine o vindecare definitivă a flictenelor. De asemenea Worms şi Bidoult în „Conjonctivites et kerato-conjonctivites d'origine nasale, Bull. S. O. 1928", susţin acelaşi lucru. In adevăr, cercetându-se s'a con-

statat şi s'a observat că aproape toţi acei cu flictoane oculare prezintă:

c) Impetigo sau eczema feţei sau a nasului şi vegetaţiuni adenoide şi coriza cronică.

b) Adenopatii tracheo-bronşice, care se pot pune în evidenţă prin radiografii. Weckers şi Y. Colmant, examinând radiografic 50 de copii cu cherato-conjunctivită flictenulară, au găsit la toţi adenopatie tracheo-bronşică. Römer a examinat de asemenea 50 de copii cu flictene oculare şi a găsit radiografie în toate cazurile, leziuni de tuberculoză pulmonară. Hans Stalder, a examinat prin radiografie 100 de persoane de toate vârstele până la 49 de ani, cu flictene oculare. In 83 de cazuri a găsit tuberculoză ganglio-pulmonară, în 11 cazuri a fost rezultatul nesigur şi în 6 cazuri negativ, şi din acestea din urmă 3 cazuri erau trecute de 25 de ani.

c) Persoanele cu flictene oculare, prezintă o reacţie intensă la cuti-intradermoreacţie la tuberculină cu reacţiune focală foarte pronunţată. După statistica lui Marfan, această reacţie este pozitivă în 90% cazuri la copii, între 1—15 ani, care au flictene oculare şi e pozitivă numai în 61% din cazuri, la copii de aceeaşi vârstă, însă fără să aibă flictene oculare. Reacţia la tuberculină este aproape în majoritatea cazurilor pozitivă la copii cu flictene oculare şi, când această reacţiune este pozitivă la copii cu flictene oculare, ne arată şi coexistenţa în acelaşi timp a unei impregnaţii tuberculoase a organismului.

d) Persoanele cu flictene oculare au febră ridicată aproape în majoritatea cazurilor şi această febră este explicată prin existenţa unui focar profund de tuberculoză ganglionară şi în activitate.

e) Persoanele cu flictene oculare, mai prezintă leziuni osoase articulare, cutanate datorite tuberculozei, precum şi leziuni mai întinse ca: abces rece, spinaventoza, osteite şi hipertrofii ganglionare, toate simptome caracteristice scrofulei şi deci tuberculozei.

f) La ascendenţi şi în antecedentele persoanelor cu flictene oculare, se găsesc foarte multe cazuri de tuberculoză sub diferite forme şi localizată în diferite organe. Prin urmare nu eczema feţei sau a nasului, sunt leziunile determinante în producerea flictenelor oculare. Toţi flictenularii au câte un focar activ de tuberculoză neştiut de multe ori şi care este localizat în majoritatea cazurilor în ganglioni, unde fie că se stinge definitiv, vindecându-se, fie că dă imunitatea contra tuberculozei. La copii ce au flictene oculare şi adenopatie traheo-bronşică, impregnaţie tuberculoasă se face insidios, fără să dea naştere la manifestări sau la leziuni morbide însemnate; în cazul când flictenele oculare recidivează la aceeaşi persoană, ne indică că o impregnaţie bacilară insidioasă şi neprecisă, caută să se instaleze definitiv în organism şi această impregnaţie aduce cu timpul o imunitate care pune pe individ pe tot restul vieţii sale la adăpostul tuturor manifestaţiunilor grave ale tuberculozei pulmonare, fiindcă conform legii lui Marfan admisă de toţi ftiziologii, toţi copiii ce au avut flictene oculare, nu fac niciodată forme grave de tuberculoză pulmonară.

Cercetări personale

Această afecţiune oculară, flictena oculară, cu variatele etiologii, punându-se în legătură cu diverse afecţiuni generale şi locale, ca factori

determinanți în producerea ei, ocupă totuși un loc modest în vastul capitol al conjunctivitelor, — numai L. Genet a făcut un capitol aparte al conjunctivitei flictenulare — și în mod cu totul timid se încearcă să facă aparte o entitate morbidă; de aceea prin frecvența ei remarcabilă, prin legătura strânsă ce o are cu tuberculoza și prin complicațiunile ce le poate da naștere, cred că ar trebui să i se dea mai multă atenție din partea specialistului și să fie socotită aparte de conjunctivita exematoasă și sinonimele ei, ca o entitate morbidă de sine stătătoare.

Timp de 15 ani, 1928—1942, am urmărit această chestiune la Ambulatorul de Ochi Iași, unde pe lângă populația săracă se prezintă foarte mulți copii din școlile primare, formați din pătura cea mai săracă a orașului și care s'au prezentat cu conjunctivita flictenulară. Din 27.315 persoane ce s'au prezentat la consultații în acest timp, 941 persoane au avut flictene oculare caracteristice un procent de 3,44%, un procent destul de ridicat, având în vedere gravitatea afecțiunii și factorii determinanți în producerea ei.

In acest număr nu intră persoanele cu conjunctivita exematoasă, conjunctivita scrofuloasă, conjunctivita impetiginoasă și conjunctivita limfatică. Marea majoritate au prezentat flictene numai la un singur ochiu, cazurile cu flictene oculare la ambii ochi, fiind foarte puține. Din 941 persoane bolnave de conjunctivită flictenulară, 535 au fost de sex femenin și 406 de sex masculin.

In 1911, Weckers a semnalat prima dată faptul că frecvența flictenelor este mai mare la sexul femenin și, că bolnavii cu conjunctivită flictenulară prezintă o sensibilitate extremă a tegumentelor și a conjunctivei în special față de tuberculoză. Deci și în cercetările noastre frecvența flictenelor oculare, este mai mare la sex femenin, decât la sex masculin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din 941 persoane cu flictene oculare, după vârstă, cazurile se repartizează astfel: un caz de 4 luni, 2 cazuri de 8 luni, 28 cazuri de un an, 35 cazuri de 2 ani, 29 cazuri de 3 ani, 30 cazuri de 4 ani, 33 cazuri de 5 ani, 29 cazuri de 6 ani, 41 cazuri de 7 ani, 39 cazuri de 8 ani, 42 cazuri de 9 ani, 52 cazuri de 10 ani, 39 cazuri de 11 ani, 33 cazuri de 12 ani, 38 cazuri de 13 ani, 36 cazuri de 14 ani, 33 cazuri de 15 ani, 30 cazuri de 16 ani, 29 cazuri de 17 ani, 26 cazuri de 18 ani, 25 cazuri de 19 ani, 23 cazuri de 20 ani, 20 cazuri de 21 ani, 20 cazuri de 22 ani, 19 cazuri de 23 ani, 15 cazuri de 24 ani, 18 cazuri de 25 ani, 16 cazuri de 26 ani, 13 cazuri de 27 ani, 11 cazuri de 28 ani, 16 cazuri de 29 ani și 18 cazuri de 30 ani.

Intre 30—60 ani s'au prezentat 102 persoane cu flictene oculare. Vedem că dela 1 an până la 10 ani, au fost 361 persoane cu flictene oculare, dela 10 ani la 20 ani au fost 312 persoane cu flictene oculare, dela 20 ani la 30 ani au fost 166 persoane cu flictene oculare, dela 1 an la 15 ani au fost 537 persoane cu flictene oculare, iar dela 15—30 ani au fost 299 persoane cu flictene oculare.

Din aceste date se vede că vârstele cele mai favorizate în care își fac apariția flictenele oculare, sunt prima copilărie între 1—3 ani cu 92 de cazuri, perioada preșcolară de 3—6 ani cu 92 cazuri, culminând cu perioada școlară la 6—10 ani cu 174 cazuri, perioada cu cele mai multe cazuri, care au flictene oculare și apoi scade treptat în perioada prepuberă la 11—13 ani cu 110 cazuri, apoi în perioada pubertății 14—16 ani cu 99 cazuri, descrescând după aceea treptat pe măsură ce persoana avansează în vârstă. Deci frecvența cea

mai mare a acestei afecțiuni oculare, au prezentat-o copiii dela 1—15 ani cu 537 cazuri din 941 cazuri, dela care vârstă frecvența flictenelor scade treptat, dreptul ajungând ca după 30 de ani, să se ivească numai câte un caz izolat; și aceste cazuri izolate cu flictene oculare s'au prezentat la adulți care, cercetându-se condica de consultații și prin interogatorul ce li s'a luat, s'au constatat că toți au suferit de ochi cu simptome asemănătoare înainte cu 10—15 ani. De aci se poate deduce că flictenele oculare ale adulților sunt în majoritatea lor de recidivă, apariția lor inițială făcându-se în copilărie.

Din totalul de 941 de bolnavi cu flictene oculare, 850 cazuri, deci aproape 95% au urmat tratamentul curativ la ambulatorul de ochi, până s'au vindecat; mulți s'au vindecat în scurt timp, dar și mulți au avut recidive, după câteva luni sau câțiva ani chiar, care totuși până la urmă s'au vindecat. Din 941 persoane cu flictene oculare, 537 au fost copii mici, copii de școală și ucenici între 1—15 ani și dintre aceștia, numai la 385 li s'a putut face intradermoreacția la tuberculină, găsindu-se pozitiv la 98%, iar la 262 persoane li s'a putut face radiografia pulmonară, găsindu-se hipertrofia ganglionilor traheobronșici într'o proporție de 85%. Mulți au prezentat chiar și leziuni tuberculoase pulmonare. Toți acești bolnavi cu flictene oculare au prezentat la examenul somatic simptome vizibile de debilitate generală, de limfatism și scrofuloză, precum și impetigo a feței, a pleoapelor, a nasului, vegetațiuni adenoide, micropoliadenie, cazuri mai rare de lupus și osteite, sau abcese reci. De asemenea, foarte mulți dintre acei ce au făcut radiografia și intradermoreacția la tuberculină și s'au constatat că am fost debili, au putut fi urmăriți mult timp și s'a constatat că au fost febrili.

In același timp, la foarte mulți în antecedente, am găsit cazuri de tuberculoză, cazuri care erau necunoscute, sau dacă erau cunoscute, erau ignorate și nu li se dădea nici cea mai mică atenție neștiindu-se dacă afecțiunea oculară, flictenele oculare au vreo legătură cu tuberculoza.

Voiu cita câteva cazuri din care se va vedea destul de clar, că flictenele oculare apar la membrii familiilor, unde se găsesc câte un caz de tuberculoză, fie pulmonară, fie osoasă, constituind adevărate focare de tuberculoză, pe care o răspândesc în jurul lor, fără să știe, sau fără să-și dea seama de pericolul ce-l prezintă.

Majoritatea copiilor, sau ucenicilor cu flictene oculare la început, par să aibă o stare fizică bună, înfloritoare chiar și din această cauză, părinții nu dau prea mare atenție, nici acestei afecțiuni oculare, nici stării generale a copiilor.

OBSERV. 1. — Familia M. I. din Iași, are două fetițe, M. Eugenia și M. Aglaia, prima de 10 ani și a doua de 8 ani, care urmează la o școală primară din cartierul Tătărași. In cursul anului 1939, se prezintă pe rând amândouă la consultații, trimise de școală, având flictene oculare, după un tratament de scurtă durată, se vindecă. Fizicește se prezintă amândouă destul de bine, au numai polimicroadenie cervicală. In cursul anului 1940, iar se prezintă cu flictene oculare, sunt mai anemice, mai debile; vine și tatăl lor și cercetând antecedentele persoanelor din familie, constat cu surprindere că mama fetelor este bolnavă de tuberculoză pulmonară, care în loc să fie trimisă într'un sanatoriu este ținută în aceeași casă unde locuesc și

fetele. Radiografia pulmonară a fetiţelor arată o hipertrofie a ganglionilor traheobronşici şi intradermo reacţia Mantoux, intens pozitivă.

OBSERV. 2. — N. Maria, de 33 ani, lucrătoare la o fabrică din Iaşi, se prezintă la consultaţii în cursul anului 1937, cu copiii ei N. Petre de 12 ani, N. Maria de 10 ani şi N. Ştefan de 4 ani, toţi cu flictene oculare tipice, în jurul limbului sclerocornean ca o coroană de mici mărgeluşe. Sunt slabi, anemici, cu tegumentele palide, cu hipertrofia ganglionilor submaxilari. Cercetând antecedentele membrilor familiei, se spune că tatăl lor este bolnav de tuberculoză pulmonară, a stat într'un sanatoriu şi de acolo a fost trimes acasă nevindecat.

In cursul anilor 1938—39 şi 40, se prezintă la consultaţii aceşti copii tot cu flictene oculare. In anul 1940, tatăl lor moare de tuberculoză pulmonară. La aceşti copii, radiografia pulmonară arată ganglionii traheo-bronşici măriţi, şi intradermoreacţia la tuberculină intens pozitivă.

OBSERV. 3. — Fetiţa R. Elisabeta de 9 ani, în anul 1939, se prezintă la consultaţii cu flictenă oculară limbică ochiul drept, trimisă de şcoală. In cursul acestui an se prezintă de mai multe ori cu flictene oculare şi după un tratament de scurtă durată se vindecă; în cursul anului 1940, se prezintă tot cu flictene oculare, la limbul sclerocornean, de astă dată cu mama ei. Cercetând pe mama ei, îmi spune că are un copil mai mare de 15 ani, care a terminat şcoala primară, a fost dat să înveţe croitoria, dar după un timp din cauza debilităţii şi a unei tuse nu se mai poate duce la meserie şi după indicaţia medicilor dela Profilaxia Tuberculozei, va fi trimes într'un sanatoriu. Radiografia pulmonară a fetiţei arată o hipertrofie a ganglionilor traheo-bronşici şi o valoare a vârfului pulmonar drept, iar intradermo-reacţia la tuberculină intens pozitivă.

OBSERV. 4. — A. Maria, de 28 ani, servitoare, se prezintă în 1934, la consultaţii cu flictene oculare, prezentând în acelaşi timp şi osteită tuberculoasă la piciorul drept. Este anemică, slabă. In anul următor 1935, se prezintă şi cu un copil al ei de 4 ani, Mircea, amândoi cu flictene oculare, copilul foarte slab fiziceşte, ganglionii submaxilari hipertrofiaţi. N'au posibilitatea să-şi facă examene radiografice şi intradermoreacţia la tuberculină. In 1940, se prezintă iarăşi amândoi cu flictene oculare, însă de astă dată, copilul are Morbul Pott.

De asemenea voiu cita câteva cazuri caracteristice din atâtea altele, din care se va vedea că prezenţa flictenelor oculare ne arată impregnaţiunea tuberculoasă a organismului, a persoanelor cu flictene oculare.

OBSERV. 1. — D-na B. Maria de 48 ani, soţie de profesor secundar, s'a prezentat cu flictene oculare caracteristice în cursul anului 1930. Urmează tratamentul 2—3 săptămâni şi se vindecă. In cursul anilor 1934—1937—1940 şi 1942, de asemeni se prezintă cu flictene oculare, variind când la ochiul stâng când la ochiul drept. Din spusele bolnavei reese că ea sufere de ochi de aceeaşi afecţiune din copilărie; ea spune textual: „sufăr de această boală de ochi de când eram de 10—12 ani şi de câte ori mă dureau ochii, apăreau nişte beşicuţe care se făceau şi le vedeam în oglindă aproape de lumina ochilor". Acestea nu erau decât flictenele oculare la limbul sclero-cornean. Este slabă, anemică, are o veche osteită tuberculoasă la articulaţia tibio-tarsiană stângă, cu puseuri de supuraţie din timp în timp. Are mai mulţi copii, însă observaţiunile a doi din ei sunt de remarcat; o fată studentă de 18 ani, în anul 1938—1940, s'au prezentat cu flictene oculare. Radiografia arată hipertrofia ganglionilor traheo-bronşici şi intradermo-reacţia intens pozitivă. Această studentă în 1942, se îmbolnăveşte de tuberculoză pulmonară şi este trimisă într'un sanatoriu. Un alt băiat de 13 ani, intră în şcoala militară în 1939. In cursul anului 1940, de mai multe ori se prezintă cu flictene oculare. In anul 1941, este retras din şcoala militară, din cauza anemiei pronunţată şi la radiografie, se găseşte hipertrofia ganglionilor traheobronşici şi o umbră suspectă la vârful pulmonului drept. Intradermoreacţia la tuberculină intens pozitivă.

OBSERV. 2. — P. Ileana de 18 ani, lucrătoare, se prezintă la con-

sultație în 1934, cu flictene oculare, aducând și pe un frate al ei, Ștefan de 12 ani, tot cu flictene oculare, care mai prezintă și impetigo al feței și ganglionii submaxilari măriți. După câteva săptămâni se vindecă, dar în anul 1937—1938, se prezintă tot amândoi cu flictene oculare. Starea lor generală părea să fie bună. Trimiș să-și facă radiografia pulmonară, i se găsesc ganglionii traheo-bronșici măriți, intradermoreacția la tuberculină intens pozitivă, iar Ilonei, i se mai găsește și o pleurită stângă. In anul 1942, Ștefan este respins la recrutare, fiind foarte debil fizicește și suspect pulmonar. Tatăl lor trăește, este sănătos, însă mama lor a murit cu câțiva ani în urmă de o boală de piept, probabil tuberculoză pulmonară.

Fiindcă se știe că infecțiunea tuberculoasă se produce întotdeauna între 1 și 15 ani și atunci când s'a stabilit hipersensibilitatea țesutelor caracteristice stării de alergie ce o capătă organismul față de tuberculoză, atunci și flictenele oculare își fac apariția și fiindcă această reacțiune organică cere timp până să se instaleze în organism, de aceea se explică de ce flictena oculară, nu apare decât în mod cu totul excepțional înainte de un an. Din numărul de 941 persoane cu flictene oculare, timp de 15 ani, numai 3 fetițe mai mici de un an, au fost aduse la consultații și care prezentau flictene oculare numai la un singur ochiu.

P. Condita, de 4 luni, este adusă în anul 1934, cu flictene oculare la ochiul drept. După un tratament de câteva săptămâni se vindecă.

S. Ana, de 8 luni, este adusă în anul 1935, cu flictene oculare ochiul stâng. După un tratament de câteva săptămâni se vindecă.

G. Elena, de 8 luni, este adusă în 1929, cu flictene oculare ochiul stâng, după un scurt tratament se vindecă. In anul 1939, fetița G. Elena, care avea acum 10—11 ani, este adusă din nou cu flictene oculare. Este singurul copil la părinți. I se face radiografia pulmonară și se găsește hipertrofia ganglionilor traheo-bronșici și intradermoreacția la tuberculină, este intens pozitiv, este foarte anemică, debilă. Sunt examinați și părinții, dar nu li se găsește nicio leziune suspectă de T. B. C. Insă, bona fetiței pe care o avea chiar dela naștere, fiind examinată, spre surprinderea tuturor, i se găsește infiltrația vârfurilor pulmonare. Este îndepărtată imediat din familie și trimisă într'un sanatoriu, iar fetița trimisă într'o localitate climaterică, unde făcând un tratament de întărire a orgonisumului, astăzi este în afară de orice pericol.

Acest caz este destul de concludent, în a afirma că flictena oculară este un element destul de prețios în depistarea focarelor de tuberculoză, în familiile unde s'a ivit această afecțiune oculară.

Cazul următor, întărește această afirmațiune.

Un proprietar din com. Bucium, lângă Iași, avea doi copii: L. Marcel de 8 ani și L. Lucia de 7 ani. Ii dădu la școala primară din cartierul Socola, sunt la gazdă la o mătușă a lor. In anul 1938, se prezintă amândoi la consultații cu flictene oculare. După un tratament de scurtă durată se vindecă. In cursul anului 1939, se prezintă iar cu flictene oculare, i se face radiografia pulmonară găsinduli-se hipertrofia ganglionilor traheobronșici și intradermoreacția la tuberculină intens pozitivă. Li se recomandă un tratament general.

In cursul anului 1941, se prezintă la consultație iar cu flictene oculare, însă băiatul avea de astă dată și osteită, la un picior. Tatăl și mama complect sănătoși. Cercetând persoanele unde stau în gazdă, se află că la acea mătușă mai stă în gazdă o altă nepoată mai mare de vreo 16 ani, elevă la un liceu de fete și care a fost bolnavă de pleurezie cu câțiva ani în urmă, iar în momentul de față din cauza debilității foarte pronunțată, este retrasă dela școală și internată într'un sanatoriu, fiind găsită de medicii dela Profilaxia Tuberculozei bolnavă de tuberculoză pulmonară.

Din observaţiunile de mai sus, din examenele clinice ce s'au făcut acestor bolnavi şi din examenele a 850 de bolnavi ce au fost trataţi şi urmăriţi sistematic, s'a putut constata şi prin urmare se poate afirma că flictena oculară nu este o afecţiune pur locală a ochiului ci o manifestare de impregnaţie sau de evoluţie tuberculoasă a organismului, ce prezintă această afecţiune. Că această impregnare tuberculoasă a organismului are tendinţa spre imunitate împotriva manifestaţiunilor mai grave ale tuberculozei şi această imunitate nu este absolută, fiindcă sub diferite influenţe poate să cedeze mai ales dacă organismul este ajutat în diferite mijloace, pe care terapeutica modernă le pune la dispoziţia oricărei persoane.

Aparitiunea acestor flictene oculare, impune numaidecât să se facă intradermo-reacţia la tuberculină, care are o valoare foarte mare, mai ales la copii şi un examen general cu radiografia pulmonară, tuturor persoanelor cu această afecţiune oculară cât şi persoanelor din jurul acestora; în acelaşi timp o anchetă medico-socială ne permite să depistăm focarul contagiunei tuberculoase şi să luăm măsurile cele mai necesare şi cele mai severe, faţă de acest simptom ocular, care este un semnal de alarmă a unei impregnaţii tuberculoase sau a unui puseu tuberculos în evoluţie.

Prin urmare, ajungem la următoarele concluzii:

1. **Flictena oculară, este o manifestare de impregnaţie tuberculoasă benignă a organismului, cu tendinţa spre o imunizare împotriva formelor grave ale acestei afecţiuni.**

2. **Flictena oculară constitue un element foarte preţios în depistarea şi profilaxia tuberculozei printre membrii unei familii, ceea ce ne arată că origina infecţiei este numai familială.**

3. **Aparitia flictenei oculare, în o familie necesită o anchetă medico-socială, unde se va găsi în mod sigur, un focar contagios de tuberculoză, fiind singurul simptom.**

4. **Flictena oculară trebue socotită şi tratată, nu numai ca o simplă leziune oculară sau rinoocular, în cadrul conjunctivelor, ci ca o entitate morbidă de sine stătătoare.**

V. CERCHEZ şi V. V. CERCHEZ · *Les flictènes oculaires et la tuberculose, leurs corélations.*

De 27315 personnes présentées aux consultations de 1928 à 1942 à l'ambulatorium des yeux de Iassy, qui ont été trouvées avec des flictènes, 537 ont été des enfants d'école et des apprentis, et de ceux-cà, seulement aux 385 enfants a eté faite l'intradermoréaction de la tuberculine en trouvant chez 98 % positive; pour 262 personnes les radiographies pulmonaires ont indiqué l'hipertrophie des ganglions trachéo-bronchiques chez 85 %.

Tous les flicténulaires ont présentés des manifestations scrofuleuses et dans leurs antécedents, la tuberculose.

De l'observation et de l'examen clinique de 850 malades avec des flictènes oculaires traités et poursuivis systématiquement les auteurs sont arrivées aux suivantes conclusions:

1) La flictène oculaire est une manifestation de l'impregnation tuberculose benigne de l'organisme à tendance vers l'immunité contre les formes graves de cette affection.

2) La flictène oculaire constitue un élément très important pour le dépistage et la prophylaxie de la tuberculose parmis les membres d'une famille ce que nous montre que l'origine de l'infection est seulement familiale.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

3) L'apparition de la flictène oculaire dans une famille nécessite une enquête medico-sociale où on va trouver certainement un foyer contagieux de tuberculose qui est le seul symptom.

4) La flictène oculaire doit être considerée et traitée non seulement comme une simple lésion oculaire ou rhyno-oculaire dans le cadre des conjonctivites, mais comme une entité morbide indépendante.

V. CERCHEZ şi V. V. CERCHEZ: *Augenphlyktänen und Tuberculose. Ihre Wechsebeziehung.*

Von 27315 Personnen die an das Augen Ambulatorium aus Iasi von 1928 bis 1942 engestellt worden waren, wurden nur 941 Personnen mit Augenphlyktänen. Unter 941 mit Augenphlyktänen Personnen wurden 537 Schulkinder und Lehrlinge und unter diesen bei 385 konnte man die intrakutane Probe mit der Tuberculin mit dem Resultat 98% positiv machen; bei 262 Personnen konnte man auch beim Lungenroetgenbild die Hypertrophie der Luftröhre-Bronchiolganglion bei 85% finden. Alle Phlyktänenträger zeigten skrofulöse Erscheirungen und in der Anamnese Tuberkulose fälle vor.

Aus den Beobachtungen und klinische Untersuchungen der systematische behandelten und verfolgten 850 Phlyktänenträger erreichten die Verfasser an diesen Schlussfolgen:

1) Die Augenphlyktänen sind eine Erscheinung von tuberkulose gutartigen Schwängerung des Organismus absichtlich für eine Giftfestigkeit gegen die gefährliche Formen dieser Affektion.

2) Die Augenphlyktäne gründet ein wertvolles Element für das Heraus finden und die Prophylaxis der Tuberculose zwischen die Glieder einer Familie, das heisst dass die Enstehung dieser Infektion nur familiär ist.

3) Die Erscheinung des Augenphlyktäne in einer Familie benötigt eine sozialästzlisch Untersuchunge dort wo man sicher ein austeckenden Tuberculösen Seuchenherd wird finden weil dieser ist das einzige Symptom.

4) Wir müssen die Augenphlyktäne nicht nur als eine einfaches Augen oder Klyno—Augen—Lesion in der Reihe der Konjunctivitis sondern als eine unabhängige Krankhafte Entität betrachten und behandeln.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

V. CERCHEZ şi V. V. CERCHEZ: *Le ftictine oculare e la tubercolosi, loro correlazione.*

Di 27315 persone che sono presentate alla consultazione di 1928 à 1942 nel'ambalatorio di occhi di Iasi, 941 sono state trovate con flictene oculare. Fra 941 persone con questa'affezione oculare 537 sono stati ragazzi di scuola e apprendiste e fra questi solamente per 385 e stato fato l'intradermo-reazione per la tubercoline trovando 98% positive; alle 262 persone è fato la radiografia polmonare trovando ipertrofia dei ganglii tracheo-bronchiche nei 85%.

Tutti à flictenulari hanno presentato manifestazioni scrofulosi e nei loro antecedenti casi di tubercolosi.

Dall observazioni e e'sameni cliniche dei autori su 850 malati con flictene oculare che sono stati traltati e seguiti nel modo il piu sistematico, gli autori sono arrivati a queste seguente conclusioni

1) La flictene oculare è una manifestazione d'impregnazione tuberculose benigne dell'organismo con la tendenza verso l'imnunità contro le forme gravi di quost'afezione.

2) La flictene oculare constituisce un elemento molto prezioso scopertà e la profilassi della tubercolosi fra le membri della famiglia ciò che ci mostra che l'origine dell'infezione è solamente famigliele.

3) L'apparizione della flictene oculare nel'una famiglia oceosse una inchiesta medico-sociale dovè si troverà sicuramente un focolare contagioso di tubercolosi il solo sintomo.

4) La flictene oculare deve essere considerata e trattato non soltanto comm'una sèmplice lesione oculare, oppure rhino-oculare nel campo delle congiunctivite ma comm'una entità morbide indipendente.

REMINERALISARE
POLYOPOTERAPIE
RECONSTITUANT PHYSIOLOGIC

OPOCALCIUM

du
Dr. GUERSANT

1. OPOCALCIUM IRRADIÉ Cachete. Comprimate. Granule
2. OPOCALCIUM Cachete. Comprimate. Granule
3. OPOCALCIUM Arseniat-Cachete.
4. OPOCALCIUM Gaiacolat-Cachete

Laboratoarele
OPOCALCIUM
A. RANSON
Dr. in farmacie
96 RUE ORFILA
PARIS XX-e

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Colicistita cronică.-Congestia ficatului şi a căilor biliare.-Icter şi Cholemie.-Litiasă biliară.

AGOCHOLINE

Dr. ZIZINE
şef de laborator la spitalul SF. ANTOINE, PARIS

PEPTONE DE CARNE SULFAT DE MAGNEZI
Agent de drenare a căilor biliare prin ingestiune, de o remarcabilă activitate
Posologie: 1—3 linguriţe de cafea dimineaţa pe nemâncat

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:
DROGUERIA „STANDARD" S. A. R. — Str. Sft. Ionică No. 8 — Bucure

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA ETIOLOGIEI ȘI PATOGENIEI ASTMULUI BRONȘIC

de

D-r H. MACHELARIE și D-r CANDID IONESCU

Având ocaziunea să observăm și să studiem împreună, timp de mai mulți ani, un număr de aproximativ de 1200 de bolnavi astmatici tratați în secțiunea de aer comprimat la Institutul de fizio-terapie — Eforia Kretzulescu — din Câmpulung-Muscel, pe care unul dintre noi îl conduce ca Medic Director de aproape două decenii, voim să evidențiem prin cele ce vor fi expuse, diversele cauze care au născut și întreținut boala acestor pacienți. Aceasta în legătură cu diferitele opiniuni emise asupra etiologiei și patogeniei astmului bronșic.

Știm astăzi, că astmul bronșic zis esențial așa cum Laënnec l-a întrevăzut, cu caractere clinice de dispnee paroxistică tip expiratoriu cu toracele imobilizat în expirație forțată și asociindu-se de fenomene vasodilatatoare survenind sub forme de accese la indivizii în aparență sănătoși, nu mai este admis.

Astmul este considerat astăzi, ca un sindrom datorit unei turburări respiratorii de natură funcțională cu etiologie și patogenie complexă.

Există astăzi o tendință de asemenea de a se reveni asupra diviziunei astmului în **esențial și simptomatic**; în această din urmă supoziție presupunând că se găsește leziune organică manifestă.

Se probează astăzi, că astmul nu poate fi privit decât ca un sindrom și că multiple cauze mai greu sau mai ușor de evidențiat, survin în determinarea accesului propriu zis.

Manifestările clinice ale astmului bronșic se prezintă sub două forme diferite:

1. Printr'un acces cu tabloul clinic descris mai sus, cu acea dispnee expiratorie alarmantă care a impresionat și pe clinicienii secolului trecut și care l-au descris în raport cu posibilitățile de investigație clinică a timpului.

Acest acces poate fi recent, survenind la indivizi tineri cu caractere clinice evidente și care poate să fie înlocuit cu „echivalențe", astfel ca astmul de fân, coryza și traheita spasmodică și prezentând accese acute cu intervale absolut normale.

2. Uneori accesele se pot prezenta învechite şi „intricate" după expresia bine aleasă a lui Bezançon şi de Jong, prezentând intensificări paroxistice pe o stare de rău prelungită sau chiar continuă.

Cu această ultimă înfăţişare clinică s'a putut vorbi şi de un pseudo-astm cardiac, renal, uremic, aortic, cât şi de pseudo-astm mediastinal.

Cilinicienii au observat trei elemente caracteristice în criza de astm şi anume:

1. Secreţia bronşică a cărei evacuare termină criza. Ea se caracterizează prin aspectul ei perlat şi microscopic prin prezenţa eosinofilelor, spiralelor lui Curschmann şi cristalelor lui Charcot şi Leyden.

2. Rolul spasmului bronşic şi diafragmatic.

3. Intervenţia sistemului nervos care explică caracterul paroxistic al boalei. Pentru explicaţiunea acestor fenomene, Brissaud apropie criza de astm de atacul epileptic, una ca şi cealaltă având origina în nervozismul individului.

Trousseau impresionat de descoperirea anatomică a lui Reisseisen, care descrise muşchii netezi ai bronşiilor, amintea pentru memorie, doctrina eclectică a maestrului său Bretonneau care susţinea că jena respiratorie în astm este cauzată de o congestie violentă a plămânilor şi că aceasta ar fi esenţial nervoasă. Trousseau afirma cu tărie că astmul, este o afecţiune nervoasă, **o nevroză diathesică**, şi pune astfel problema care îşi aşteaptă soluţia de un secol dacă „primum movens al crizei de astm este spasmul bronşiilor şi ce anume provoacă acest spasm?".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mai târziu (1867) Parrat afirmă că „astmul este un atac al nervilor secretori" şi că „adevărata cauză este în organ" opunând astfel „doctrinei humorale emise de Trousseau doctrina organicistică a astmului".

In consecinţă atacul nervlior secretori produce hiperemia, care antrenează astuparea bronşică şi dispneea.

Germain-Sèe face din astm o nevroză pneumo-bulbară, care aduce tetanizarea diafragmului, urmată de această dramă pulmonară în formele ei cele mai caracteristice.

In ultimii treizeci de ani, doctrina organicistă a astmului nu fu reluată mai serios decât de Eppinger şi Hess sub numele de **doctrina vagotonică a astmului** (1920).

Ruptura echilibrului vegetativ ar constitui un factor primordial în producerea acceselor de astm şi pentru ca aceasta să se producă este absolută nevoie de o stare vegetativă predispozantă şi de o cauză deslănţuitoare. Starea predispozantă constă într'o labilitate a sistemului vegetativ (în direcţia unei vagotonii sau iposimpaticotonii), iar cauzele deslănţuitoare sunt diferite după localizare şi mod de acţiune: leziuni pulmonare, mediastinale, afecţiuni nasale, etc.

Doctrina anafilactică a astmului urmă ea o consecinţă a diferitelor ipoteze prin care se susţinea că accesul urmează unei intoxicări de natură diversă şi mai ales fură incriminate substanţele toxice „care sunt de natură tisulară"; dezintegrarea albuminoidă (histamina lui Allen), acidul oxalic al lui Loeper sau cristalele lui Charcot-Leyden.

Veniră rândul proteinelor vegetale (polenuri, care fură urmate în sfârşit de toxine bacteriene şi în deosebi cea tuberculoasă).

Este cazul să amintim de aşa zisul antagonism între astm şi tuberculoză. Relaţiunile dintre aceste două boli fură destul de mult timp discutate şi Epchtein le divide în trei perioade pe care le vom enumera şi noi cu caracterele lor distinctive.

In prima perioadă, Louis descrie astmul emfizematos, Bostan astmul aortic şi Beau pe cel „cataral". Läennec stabileşte astmul esenţial independent de orice leziune materială apreciabilă, adică sesizabilă clinic. Urmează a doua perioadă când Pidoûx şi Guèneau de Mussy se declară partizani ai antagonismului între astm şi tuberculoză.

Astmul fiind de natură artritică este incompatibil cu tuberculoza şi aceasta cu emfizemul care se găseşte oarecum în funcţie de astm.

Tuberculozele pulmonare discrete erau ignorate într'o largă măsură şi aceasta explică de ce mai târziu partizanii asociaţiei astm-tuberculoză căutau a-şi impune acest punct de vedere — ce ar explica acest sindrom cu etiologie atât de discutată.

Alături de Guèneau de Mussy se asociază acceptând acest antagonism doctrinal (artritism-tuberculoză) şi Brugemann, Clarke, etc.

A treia perioadă cuprinde astmul cu etiologie tuberculoasă.

Trousseau afirmă că „părinţi tuberculoşi pot să procreeze copii astmatici şi reciproc astmaticii pot să procreeze copii tuberculoşi".

Bard (1872) descrie astmul ca o manifestare a tuberculozei fibroase şi Schlemmer îl consideră ca o manifestare pretuberculoasă.

Lui Landouzy îi revine meritul însă, de a pune această problemă în câmpul unor discuţiuni nete şi călăuzit de suptilul lui spirit clinic, ajunge la concluzia că astmul, nu este de cele mai adeseaori decât o tuberculoză larvată.

In Serothèrapies el afirmă textual: „Astmaticii adevăraţi sunt supuşi la accese de spasm respirator pentrucă ei au o spină tuberculoasă, aceasta condiţionând nevroza pulmonară cu, acelaşi titlu ca şi acea leziune a foselor nasale". Fraenkel susţine însă, că nu se poate afirma nici antagonism între astm şi tuberculoză, dar nici identitate — ci o predispoziţie prin leziuni locale şi inflamatorii, la invadări bacilare.

Mosnier reia discuţia şi pe cale de deducţie logică ajunge la convingerea că orice dispnee paroxistică caracterizată printr'un element spasmodic şi un element vasomotor, trebue considerată ca un astm, oricare ar fi etiologia şi oricare ar fi mecanismul patogenetic. In consecinţă tuberculoza fiind o infecţie şi destul de frecventă îşi poate avea astmul său dar nu poate fi unica cauză.

Asupra modului cum acţionează în astm tuberculoza, trebue să-l privim dintr'un punct de vedere: general şi local. Moncorgé susţine că acţiunea generală s'ar produce prin fenomenul de vazo-dilataţie, deci un astm tuberculinos şi local prin prezenţa baccilului cu acţiunea lui toxică şi vaso-dilatatorie. Ar fi vorba de un proces scleros, care poate fi şi iritativ, într'un cuvânt o **spină vie.**

Bard de care am amintit mai sus, spune că „scleroza invadează sau comprimă extremităţile pulmonare ale nervilor pulmonari şi provoacă prin reflex sau nevrită ascendentă bronchoree dyspnee şi astm simptomatic".

Formele asmatogene cele mai evidente de tuberculoză sunt: forma congestivă discretă, forma fibroasă mai mult sau mai puțin difuză, pleurita uscată; toate aceste forme au o mare acțiune iritativă. Leziunile ușoare superficiale nedestructive sunt cele mai proprii pentru deslănțuirea și întreținerea reflexelor la distanță.

In raport cu evoluția în timp a tuberculozei, Piory a susținut astmul pretuberculos ca simptom revelator al afecțiunei pulmonare.

Nu putem încheia acest capitol fără să nu amintim de astmul posttuberculos ca o manifestare ulterioară a unui proces baccilar stins.

In asemenea cazuri nu poate fi incriminat nici baccilul și nici toxina; suntem în fața unei **spine iritative moarte**, factor important însă, cu acțiune de declanșare și de întreținere a accesului în formele lui atât de variate. Spina iritativă după cum vom vedea mai departe, nu poate fi privită ca o manifestare a unei singure cauze, întrucât ea poate succeda și altor afecțiuni pulmonare, care prin natura lor evolutivă lasă urme definitive în parenchimul pulmonar.

In concluzie antagonismul care exista ipotetic între artritism și tuberculosă devine grație lui Landouzy numai un **antagonism de evoluție**, cum judicios se pronunță Moncorgé; observațiuni clinice de decenii acumulate arătând că baccilozele asociate cu astm evoluiază rar către o bacciloză consomptivă. După această incursiune în domeniul atât de discutat al astmului tuberculos revenim la astmul anafilactic, concepție de care se leagă numele lui Langlois, Billard, Widal, Percepied, etc. Caracterul paroxistic al astmului tipic cu acel mod brusc de apariție și dispariție al crizei nu putea fi explicat mulțumitor, chiar acceptând în întregime diferitele concepții etiopatogenitice enunțate. Atunci criza de astm fu privită ca o manifestare de ordin anafilactic. Experimental la animal se constată spasmul bronchic prin șoc anafilactic. Manvilar reuși să producă astmul la un cobai pe care în prealabil îl sensibilizase cu ser de astmatic prin circulație intrapulmonară de o soluție de cristale ale lui Charcot-Leyden. Instabilitatea humorală fu pusă și ea în evidență (neguțătorul de oi al lui Widal) prin cutireacțiile specifice. Numai în astmul de apariție recentă cu caracter de **puritate inițială** se poate spera a se pune în evidență o cauză de ordin anafilactic. Sensibilizarea care necesită o perioadă de timp mai mult sau mai puțin lungă prin pătrunderea unei substanțe în economia humorală, este de o absolută necesitate pentru ca accesul de astm să se manifeste. De asemenea în timp, sensibilizarea unică face loc la polisensibilizare prin asociație de substanțe deosebite.

Aceste substanțe zise sensibilizante sunt în general inofensive și nu favorizează criza de astm decât la acei indivizi, care prezintă această particularitate morbidă de reacțiune. Aceste substanțe sensibilizatoare sunt de origină animală sau vegetală, mai rar substanțe chimice sau medicamentoase. Intre substanțele de origină animală sunt emanațiile animalelor domestice cu care omul vine în contact: paserile de curte, apoi calul, câinele, pisica, berbecul, capra, oaia. S'au citat chiar cazuri de criză de astm deslănțuite prin emanare din cuverturi sau vestminte fabricate din părul unora din animalele de mai sus. Toate aceste emanațiuni pătrund pe cale respiratorie. Sensibilizarea față de unele sub-

stanţe de origină animală s'a putut observa şi pe cale digestivă, de exemplu: laptele, ouăle, peştele de mare, crustaceii, carnea de cal şi de porc. Printre substanţele vegetale cu reputaţie astmatogenă amintim polenul gramineelor care provoacă astmul nasal; de asemenea muştarul, ovăzul, floarea de tei, grăunţele de in, etc.

S'au văzut multe crize de astm provocate sau întreţinute la persoane care îşi făceau cataplasme de muştar. Intre substanţele chimice şi medicamentoase amintim aspirina care calmează uneori criza, dar alteori o intensifică; de asemenea ipeca, laura-cerasi şi pudra de licopodium.

La aceste trei grupe astmogene prin sensibilizare adăugăm proteinele microbiene; Landouzy a susţinut de altfel că astmul este o consecinţă a unei sensibilizări faţă de bacilul Koch sau toxina sa.

Pătrunderea în organismul sensibilizat a substanţei şocante, produce afară de elementele exteriorizate o criză humorală, care se desfăşoară înainte sau în acelaşi timp şi cunoscută cu denumirea de (Criză hemoclasică) sau „Şoc colloidal". Ce caractere are? In afară de scăderea numărului de globule albe se observă scăderea presiunei arteriale, hipercuagubilitatea sanguină, fenomene care preced criza de astm (astmul anafilactic), fragilitate leucocitară şi diminuarea indicelui refractometric al serului. In afară de aceste modificări trecătoare ale echilibrului colloidal se asociază o eosinofilie sanguină care se observă şi în intervalul acceselor.

Turburările produse în organism şi care sunt exteriorizate, sunt: cele respiratorii cu coryza spasmodică şi astm; turburări gastro-intestinale, vărsături şi diaree; turburări cutanate cu urticarie, eczeme şi oedemul Quincke; apoi turburări nervoase, migrenă.

Claude distinge două moduri de reacţiuni anafilactice: modul respirator şi modul digestiv, după cum substanţele ce determină criza sunt introduse pe cale digestivă sau respiratorie. Antigenul în contact cu mucoasa respiratorie va produce astfel un acces de coryza sau un acces de astm, observându-se mult mai rar turburări cutanate sau digestive.

Contactul de antigen cu mucoasa digestivă va produce în primul rând turburări gastro-intestinale, la care se pot asocia într'o mai mică măsură turburări cutanate şi nervoase. Intre manifestările la distanţă, putem avea şi criza de astm, dar în raport cu celălalt mod de producere (aerian) de o mult mai mică frecvenţă.

La indivizii predispuşi, însă, pătrunderea antigenului indiferent calea, poate produce crize mari anafilactice, în care manifestările enumărate mai sus se pot găsi reunite mai mult sau mai puţin complet ca aspect clinic.

Entuziasmul creat prin enunţarea acestei noi teorii asupra mecanismului etio-patogenic al astmului nu dură însă prea mult. Acestei concepţii atât de captivante i se opunea însă insuccesele tratamentelor antianafilactice, care dădeau un rezultat terapeutic suprinzător de scăzut şi uneori cele obţinute, de o durată redusă în timp.

Se capătă ideia că astmul anafilactic nu era decât o manifestare aparentă a unor modificări profunde, a unei diateze coloidoclasice cum spunea Widal. In acest sens trebuia activat, adică în a obţine mo-

dificări de teren, care făceau aceste sensibilizări posibile. Se merse chiar mai departe, încât rolul anafilaxiei în astm fu redus la minimum.

Pasteur Vallery-Radot afirmă însă, că „eroarea este tot atât de mare de a nega astmul anafilactic, cât şi de a afirma natura anafilactică a tuturor astmurilor".

Printre probele utilizate în scop de a evidenţia sensibilizarea faţă de o substanţă oarecare, una posedă o reală valoare: cuti-reacţia şi proba lui Prausnitz-Küstner. Cuti-reacţia singură este de o folosinţă comodă, dar rezultatele trebuesc interpretate întrucât, negativă, în caz de sensibilizare pe cale digestivă, e aproape întotdeauna pozitivă, în caz de sensibilizare pe cale respiratorie; se menţine constant negativă când proba este efectuată cu o emulsie microbiană.

Oricât de controversată se prezintă această chestiune, astmul anafilactic este o chestiune care poate fi uneori ignorată; se găseşte mai des la astmaticii bolnavi de mai puţin timp.

Când astmul se învecheşte, factorul anafilactic diminuă ca importanţă; factorul respirator devine predominant şi se substitue factorului anafilactic.

Modificări ale parenchimului pulmonar, funcţionale sau organice (emfizem, bronşite cronice, scleroze, etc.), întreţin sau favorizează sensibilitatea organului care reacţionează la un mare număr de cauze, care anterior se prezentau fără acţiune.

Nu e mai puţin adevărat că intoxicaţiuni de natură hepatică renală şi digestivă complica tabloul etiologic.

Arloing, Langeron şi Benoist demonstrară, prin inocularea de bacili tuberculoşi în traheia cobailor, prin care să determine o leziune locală, că şocul anafilactic deslănţuit la aceste animale indiferent calea de introducerea antigenului, determină o predominenţă de simptome respiratorii.

Ghimpele pulmonar iritativ de care de altfel am amintit mai sus, îşi evidenţiază iarăşi rolul său în deslănţuirea crizei de astm şi ca localizare îl putem găsi pe tot cuprinsul arborelui respirator.

In fenomenele de şoc anafilactic, studiul sistemului nervos, în ultimul timp, aduse noui şi importante preciziuni.

Mecanismul, fizio-patologic al şocului consistă în mod esenţial într'o perturbare ce se instalează brusc a stării de echilibru atât de labil, de altfel, al sistemului nervos, al vieţii de nutriţie. Cele două sisteme, antagoniste simpaticul şi parasimpaticul, într'un cuvânt sistemul vegetativ, au un rol important în creierea şi menţinerea solidarităţii funcţionale a organelor interne.

O serie întreagă de „reflexe vegetative" întreţin funcţiunea normală a organelor, ele fiind de altfel involuntare şi inconştiente.

Mediul humoral, echilibrul acido-bazic, produsul glandelor cu secreţie internă, menţin sistemul vegetativ într'o excitare permanentă creind tonusul vegetativ şi toate funcţiunile vieţii cer intervenţia sistemului vegetativ.

Simpaticul este un nerv al dezasimilării, acţionează asupra metabolismului organic şi ţine sub dependenţa sa glanda tiroidă, lobul posterior al hipofizei, glandele sexuale şi cromafine. Nutriţia ţesuturilor este tot de el influenţate şi are un rol important în mecanismul regulator termic.

Simpaticul dilată traheia şi bronhiile; este accelerator al inimii şi contractă muşchiulatura netedă a vaselor, a muşchilor pilomotori şi a glandelor cutanate; dilată pupila, micşorează secreţia glandelor lacrimale, — produce exoftalmie. Tot el accentuează arderile producându-se astfel energie termică combătând pierderea de căldură prin mecanismul vaso-constrictor al extremităţilor.

Para-simpaticul are rol de funcţiune antagonistă, contractă muşchiulatura netedă a tubului digestiv, excită secreţia glandelor, contractă muşchiulatura bronhiilor şi moderează ritmul cardiac; tot el exagerează secreţia hormonală a pancreasului şi încetineşte schimburile nutritive şi metabolismul bazal. Corticala supra-renală sunt în dependenţă de para simpatic şi tot el prezidează funcţia epifizei pancreasului şi timusului.

Ca rol este anabolic contra balansând acţiunea simpaticului în mecanismul de regulare termică.

Epinger şi Hess de care am amintit în prima parte a lucrării, au descris accesul de astm ca o criză de vagotonie sau amfotonie cu predominenţă para-simpatică.

Rolul para-simpaticului rezultă dintr'o serie de fenomene care întovărăşesc criza de astm; astfel se observă bradicardie, paloarea feţii, dermografism, catar nazal, transpiraţie, reflex, oculo-cardiac exagerat şi din acţiunea substanţelor ca belladona şi calciul al căror rol se verifică experimental.

La astmatici s'ar putea distinge trei tipuri vegetative: vagotonici, iposimpaticotonici şi amfotonici disociaţi; coexistenţa vagotoniei cu a iposimpaticotoniei agravează crizele.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Pentru ca o criză de astm să se producă, este necesară: 1) o stare vegetativă predispozantă, şi 2) o cauză deslănţuitoare (Danielopolu).

Labilitatea sistemului vegetativ este un factor general obligator în direcţia unei vagotonii sau iposimpaticotonii. Cauzele deslănţuitoare sunt diverse: leziuni pulmonare, mediastinale, afecţiuni nazale, etc. Danielopolu socoteşte factorul local pulmonar obligatoriu în mecanismul de producere al astmului, care odată în acţiune provoacă între bronchii şi bulb, formarea unui arc reflex cu predominenţă para-simpatică. După acest autor în tratament se va ţine seamă de factorul general, de factorul local pulmonar şi de factori determinanţi (şoc anafilactic, momente psihice, reflexe de diferite feluri).

Langeron într'un articol intitulat „Pathogenie et traitement de l'accès d'asthme" rezumă achiziţiile succesive şi actuale pentru a explica criza de astm, în modul următor:

1. Fenomene mecanice: obstrucţie bronşică. 2. Fenomene nervoase: spasm al bronşiilor şi al muşchilor inspiratori. 3. Cauze toxice (proteînice, bacteriene) şi şoc anafilactic. 5. Spina localizatoare a acestui şoc. 6. Aptitudine specială a sistemului nervos vegetativ care condiţionează apariţia şocului.

Vom insista asupra celui de al 6-lea punct şi vom încerca să încadrăm aceste aptitudini speciale care condiţionează criza de astm în ceea ce numim teren general şi teren local.

Sub denumiri diferite ca: herpetic, artritic, idiosincrazii, actualmente

de diateze colloidoclazice, de stări neurotonice, se ascunde un fond comun „obscur în realitatea sa şi supus metabolismului intern al nutriţiei".

Bouchard definea artritismul „o turburare permanentă a nutriţiei care prepară, provoacă sau întreţine boale diferite ca loc, ca evoluţie şi ca proces patologic".

Poncet şi Leriche scriu „Artritismul este un sindrom pe care orice cauză care acţionează îl poate produce lent şi chiar să-l fixeze hereditar. Orice infecţie sau intoxicaţie larvată va realiza la maximum condiţiunile de producere a diatezei; puţin câte puţin umorile modificate vor remania terenul şi vor face artritic pe acela care nu au la anterior nicio urmă.

Otrăvurile autogene (Moncorgé) sunt convulsivante, dar astmul „nu este decât o convulsie a unui gen special pe un câmp special; câmpul respirator".

Astmul nu ar fi decât un epizod temporar într'un vast cortegiu de nevropatii. Privit ca o intoxicaţiune artritismul acţionează asupra mediilor humorale; asupra organelor şi ţesuturilor, iar sistemul nervos se resimte mai mult, fiind de o structură mai vulnerabilă.

Moncorgé vorbeşte de neurotonie, denumire sub care se înţelege acel complex de manifestări nervoase, precis sau vag conturate, care la cel ce se găseşte în această stare de intoxicaţiune isbucneşte sub forme diferenţiate ca aspect, dar cu geneză comună (nervozism, neurotonie, nevroze, etc.).

Nervozismul la astmatici este de o observaţie curentă; emotivi nerăbdători, sunt gata oricând să facă o noapte de insomnie sau manifestaţiuni de instabilitate cardiacă. Predispuşi către reacţiuni spasmodice, în afară de aparatul respirator reacţionează prin spasm (colice); — dar această hiperreflectivitate generalizată se localizează cu preferinţă în teritoriul pneumo-bulbar, dând fenomenele cunoscute.

Eforturile intelectuale, preocupări din domeniul vieţii de fiecare zi, afectări ale sensibilităţii intime, teama sau o surpriză pot provoca criza. Exemplul lui Morell-Meckensie dovedeşte până unde poate merge factorul psihic: vizitând o expoziţie de pictură, un individ, face o coriză spasmodică în faţa unui tablou ce reprezenta un câmp de păşunat. Fără îndoială, că în cazul de faţă, o explicaţie prin aşa numitele reflexe condiţionale ar fi mai acceptată.

Astmului ca neurotoxie i se asociază şi alte modalităţi de manifestări ale diatezei.

Pe drept cuvânt Bouchard afirma că „astmul este o boală însoţită".

Invelişul cutanat al astmaticului poate fi afectat de o eczemă cu tendinţă la cronicizare, de o urticarie, de un prurit localizat sau generalizat. Avem viu în memorie cazul unei evreice la care astmul cu întreg tabloul clinic se instalase după ce un placard întins de eczemă dispăruse fără să poată afirma însă dacă aceasta se datora terapeuticei dermatologice sau unei simple coincidenţe.

Astmul se asociază de multe ori cu obezitatea şi în deosebi la sexul femenin şi tot Bouchard admitea că între astm şi gută există o

legătură destul de strânsă. Guta se găseşte mai des la antecedenţi şi se prezintă deci ca un element diatezic metamorfozat.

J. Roux şi Schlemmer conchid, că excesul de acid uric se localizează într'o regiune de unde pleacă reflexul deslănţuitor al crizei astmatice sau că bulbul este direct impresionat şi, unii autori consideră criza de astm ca o reacţie de apărare, organismul eliminând substanţele toxice prin endoteliul alveolar.

Sédillot mai recent, face afirmaţia categorică, că „starea de astm este direct sub influenţa stării de hiperuricemie a indivîdului" şi deduce că ameliorările şi vindecările sunt în raport direct cu diminuarea cantitativă a acidului uric în serul sanguin sau cu o mai bună eliminare renală.

Acidul uric se găseşte în urină şi adesea este considerat ca un final imperfect al procesului de ureificare hepatic, deci insuficienţa acestei glande crează starea de hiperuricemie a astmaticilor.

De asemenea manifestările de astm se produc în anumite faze de zi sau de nopte care ar corespunde cu fazele hepatice ale digestiunilor şi Haig în special explică criza ce se produce atât de frecvent către ora 3 dimineaţa, printr'un raport cu diminuarea alcalescenţei şi solubilităţii corelative a acidului uric, de unde uricemia s'ar găsi la maximum. Bazat pe atari raţionamente, Sedillat recomandă pacienţilor un regim vegetarian păstrat chiar cu stricteţe şi continuat chiar după ce crizele au dispărut; ceva mai mult, căutând să pătrundă hipotetic în mecanismul etio-patogenetic al astmului, conchide că producerea crizei este consecinţa „unei rupturi brusce a echilibrului stărilor chimice şi mai ales fizice (precipitare, floculaţie etc.), ale acidului uric care circulă în sânge în momentul trecerii sale în plămâni".

Tabloul clinic respirator nu urmează spasmului bronchiilor ci unui puseu congestiv al mucoasei bronchiilor prin diapedeza monocitelor mari, încărcate cu floculate de acid uric (particule eozinofile) şi această concepţie ar explica prezenţa expectoraţiei la sfârşitul crizei.

In mod secundar puseul congestiv, jucând rolul de spină poate deslănţui şi întreţine un reflex localizat, în teritoriul pneumogastricului sub formă de spasm al bronchiilor.

Asupra terenului local, care este mai întotdeauna pulmonar, desprindem acel ghimpe iritativ şi care constă într'o scleroză mai mult sau mai puţin discretă cauzată de un proces evolutiv discret de baciloză, de un sifilis, de o infecţie broncho-alveolară acută sau cronică, sau de o adenopatie traheo-bronşică.

O creastă nazală, o hipertrofie de cornet, viermi intestinali sau chiar o apendicită cronică, o leziune genitală, pot întreţine — găsindu-se de altfel în domeniul pneumogastricului — sau deslănţui o criză de astm.

Nu putem închide această incursiune în domeniul atât de vast al ipotezelor etio-patogenice ale astmului, fără să nu aruncăm o scurtă privire asupra relaţiunilor lui şi glandelor cu secreţiune internă, aceşti factori atât de importanţi în menţinerea echilibrului organic intern şi asupra astmului infantil. Rolul endocrinelor pare să fie considerabil, fără să se poată admite însă, un astm special de patogenie endocriniană. Factorul endocrinian acţionează exagerând factorii astmogeni la-

tenţi şi care sunt în mod permanent desechilibrul neuro-vegetativ şi instabilitatea humorală.

Glande diferite pot acţiona în acelaşi scop final şi se cunoaşte destul de bine armonia interglandulară, acele constelaţii hormonale, cum imaginativ le-a denumit Pende. Influenţa cea mai frecventă pare s'o aibă ovarul; graviditatea ca etapă fiziologică este destul de interesantă, astmul în aceste condiţiuni fiind variabil influenţat în sensul unei ameliorări sau agravări.

Aceste modificări se produc când în prima când în a doua parte a sarcinei. Rolul testicolului este de mai puţină importanţă. Paratiroidele prin acţiunea lor ipocalcemică par să intervină în geneza unor astmuri infantile şi gravidice (Mariano-Castex). S'au văzut de asemenea astmuri în plină boală a lui Bassedow. Intervenţia factorului endocrinian nu este decât o colaborare cu factorii fundamentali şi constanţi şi această coexistenţă, trebue avută în vedere în terapeutică.

Astmul infantil prezintă aceiaşi complexitate de probleme patogenice ca şi la adult.

La adult, criza tipică este uşor de recunoscut, cu acele caractere de instalare neprevăzută, de dificultate în respiraţie, cu sete de aer şi încetinirea respiraţiei cu acel element cataral caracteristic şi cu rapiditatea de dispariţie a simptomelor.

Hutinel şi Paisseau apropie astmul ca manifestare clinică cu bronşita sau chiar cu broncho-pneumonia şi elementul cataral ia aici o mare importanţă. Astmul cataral este modalitatea cea mai comună şi la un copil de 5—6 ani, este precedat cu mult timp de corize numeroase sau de accese de hidroree nasală. Când criza se deslănţuie, copilul este deja bolnav; odată instalată, asistăm la o desfăşurare de manifestări care de multe ori depăşesc în intensitate pe cele ale adultului: copilul este palid, abătut, cu tendinţă la cianoza feţii şi a extremităţilor, aripile nasului bat şi ritmul respirator se accelerează; se aduce dela distanţă şueratul respirator.

Febra care la adult este extrem de rară, se ridică aicea până la 38—38,5°. Nu este o raritate să atingă 40°, adică să fim în faţa unei veritabile forme febrile.

Criza durează uneori şi 48 ore, timp în care asfexia a părut de neînlăturat. Simptomele amendându-se respiraţia devine mai liberă şi cianoza diminuă şi urinele devin mai abundente şi mai clare.

Astmul uscat este mai rar şi ca formă se apropie de acela al adulţilor. Prodromurile nu sunt apreciabile, uneori simple modificări de caracter sau o coriză instalată; copilul este prins în plină noapte de o dispnee extrem de intensă care se măreşte pe măsura timpului ce se scurge inspiraţia este incomplectă şi expiraţia prelungită şi încetinită; toracele este dilatat şi ritmul respirator normal sau diminuat ascultatoriu se constată o ploaie de raluri sibilante; nu se constată febră.

După 2—3 ore pacientul începe să tuşească şi să expectoreze o spută spumoasă, în care se găsesc elementele caracteristice, opresiunea încetează şi a doua zi respiraţia este normală. Crizele se produc la intervale inegale de zile, luni sau ani.

In afară de aceste forme tipice, dispneice şi spasmodice, sunt forme

torpide în care elementul dispneic nu este atât de manifest. Uneori, o coriză banală însoţită de bronşită catarală uşoară apiretică repetată periodic sau aperiodic.

Pe măsură ce copilul avansează în vârstă, boala se atenuează; ne referim la astmul care se instalează la vârsta de 5—6 ani şi care se poate vindeca spontan la 8—10 ani; asupra astmului care debutează la această vârstă (astmul uscat) pronosticul rămâne mai rezervat, fiind subordonat mai multor fapte.

Heckel (1920, Journal méd. français) distinge două mari tipuri de astm „unul care începe în prima copilărie şi înainte de vârsta de 10 ani, care dispare la pubertate sau după puţin timp, celălalt naşte după adolescenţă sau în vârstă adultă". Există excepţiuni dela acest punct de vedere.

Din punct de vedere etiopatogenic (Lesné) susţine că astmul se distinge prin absenţa obişnuită a ghimpelui iritativ şi prin importanţa terenului predispozat.

Terenul astmogen este constituit printr'o diversitate de deficienţe viscerale (turburări ale ficatului, ale tiroidei mai ales în indocrine ale tubului digestiv, ale aparatului respirator şi ale sistemului nervos), toate acestea rezultând din tare hereditare şi câteodată câştigate. Ele sunt datorite sau intoxicaţiilor sau infecţiunilor. Autorul face chiar ipoteza că astmul infantil este rezultatul apariţiei unei spasmofilii pe un teren constituţional allergic.

Cauzele determinate ale astmului sunt divizate în mai mulţi factori:

1. Factorul humoral.
2. Dezechilibrul vaso-simpatic şi vaso-motor.
3. O hiperexcitabilitate neuro-muşchiulară specială.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Starea ficatului pare să aibă o foarte mare importanţă. Nobécourt a observat foarte adesea cholemie familiară şi hypocholie pigmentară. Joal (1891) descrie astmul la copil provocat prin adenopatii traheo-bronşice, care se cunosc după simptomele lor obişnuite. Ele pot fi simple sau tuberculoase, iar cât priveşte sifilisul ereditar poate să fie pus în cauză. Mai recent, diferiţi autori susţin că legătura de cauzalitate între astmul infantil şi sifilis sau tuberculoză sunt nule sau imprecise. In rezumat, la un copil diagnosticul diferenţial al astmului se face cu o bronşită capilară sau cu o broncho-pneumonie; există o disproporţie între furtuna pulmonară şi semnele fizice, care sunt atât de reduse şi puţin durabile; chiar după o criză intensă după un interval de 24—48 de ore asistăm la restituţio ad integrum bruscă sau progresivă. Aceleaşi consideraţiuni clinice, puţina intensitate a febrei cu rapiditatea de evoluţie elimină granulia în forma sufocantă.

Uneori trebue să ne gândim la o afecţiune laringiană (laringită difterică, edemă al glotei, sau laringită striduloasă). In intervalul crizelor nu se găsesc semne de emfizem ca la adult. Cu eczema coexistenţa, alternanţa sunt observaţiuni clasice, iar urticaria este destul de frecventă.

Folosind însemnările şi amintirile noastre asupra numeroşilor pacienţi cu astm bronşial trataţi de noi temporar (anotimpul de vară) la

institutul de fizio-terapie al Eforiei Cretzulescu, pacienți pe care ne-am îngăduit însă să-i urmărim în manifestările de boală și în celelalte anotimpuri am ajuns la concluzii destul de interesante; acestea coroborate cu ideile în curs asupra etio-patogeniei astmului, explică rostul de a fi expusă.

Rolul eredității ni s'a părut că intervine destul de frecvent; mai de grabă o hereditate de predispoziție, antecedenții suferind de artritism în multiplele lui forme. Chiar dacă investigațiile au prezentat reale dificultăți, totuși în numeroase cazuri am descoperit ca factori de predispoziție pentru această boală oarecare fenomene care discutate, prezentau însușirea unei continuități de transmisibilitate. Nu rareori părinții pacienților au fost găsiți ca reumatizanți cronici, obezi, bronșitici, dispneizanți, eczematoși și chiar astmatici adevărați. Elementele provenite din mediul țărănesc sunt surprinzător de rare; ne referim la cei care locuesc în sate și nu la cei care au această origină.

In ceea ce privește sexul am găsit am putea spune egalitate; poate ceva mai frecvent la sexul femenin în special după instalarea menopauzei.

Profesiunile de oarecare sedentaritate, ne-au furnizat procentul cel mai ridicat și ca rasă, rasa evreească am găsit-o întotdeauna pe primul plan; droghiști, vânzători de blănuri (ne este viu în memorie cazul unui blănar dintr'un oraș de șes care făcea crize continue de o intensitate dramatică, dezesperantă pentru el și anturaj), comercianți de grâne, supraveghetori în silozuri, foarte rare cazurile provenite din regiunile muntoase. Numeroase cazurile când în antecedentele heredo-colaterale nu găsea nimic care să ne orienteze în sensul vederilor de mai sus (hereditate) dar la cei mai mulți dintre aceștia cu un trecut pulmonar mai ușor sau mai greu de pus în evidență. Se prezentau ca vechi bronșitici (starea anterioară primului acces) uneori cu urme discrete consecutive unei congestii, broncho-pneumonie, pleurezie, adenopatii mediastinale. Cu astmul în raport cu tuberculoza, cazurile studiate de noi s'au prezentat într'o lumină interesantă. Trimiși ca simplii bronșitici dispneizanți (cu crize atenuate) întâmpinam dificultăți în a-i convinge că înainte de a fi astmatici sunt baccilari și în consecință cea de a doua nu era decât o manifestare mai puțin obișnuită a celei dintâi. Formele de baciloză pulmonară prezentau o evoluție discretă dar cu o simțitoare repercuție asupra stării generale. Astmul de natură anafilactică l-am găsit în câteva cazuri manifestându-se într'o formă atât de categorică, încât nu se mai putea avea nici o îndoială; este cazul de exemplu al unei doamne din buna societate a Capitalei, care făcea accese de astm de câte ori simțea mirosul de var, încât s'a văzut constrânsă mult timp să nu utilizeze o vilă proprie ale cărei camere erau văruite, sau cazul droghistului din Târgoviște, care de câte ori intra în drogherie, criza se instala îndată, încât s'a văzut constrâns s'o înstrăineze; iar blănarul de care am amintit mai sus, făcea accesele cele mai severe când simțea mirosul de naftalină atât de utilizată la păstrarea blănurilor.

Preocuparea de a fi cât mai utili pacienților, ne-a determinat să privim întotdeauna pe un astmatic ca pe un individ care dispune de o insuficiență fiziologică și a unor organe sau sisteme (ficatul, sistemul

BCU Cluj / Central University Library Cluj

neuro-vegetativ, etc.), în afară de aparatul respirator care reprezintă mediul de exteriorizare final a tuturor acestor perturbaţii. Din investigaţiile întreprinse de noi am ajuns la concluzia obiectivă că acel „ghimpe pulmonar" asupra căruia a insistat Bezançon şi de Jong trebue să existe întotdeauna chiar admiţând că are o formă puţin sesisabilă clinic. Un astmatic şi-a văzut întotdeauna crizele sale, se răresc, diminuă ca intensitate sau dispar schimbând condiţiile climatice de viaţă obişnuită şi preferind o cură de altitudine mijlocie. Ori în aceste noi condiţiuni fără îndoială că în afară de factorul psihic care se găseşte în bine influenţat, factorul pulmonar se găseşte influenţat în mod real de noile condiţiuni climatice; ne referim la accesele de astm nu de formă finală, când acea intricaţiune trece pe primul plan şi când noui condiţiuni se substitue cauzelor primordiale de deslănţuirea crizei; atunci corelaţiunea morbidă inter-organică ia noi aspecte care determină pe clinician să privească boala dintr'un punct de vedere mai complex. Crizele au tendinţa atunci la o persistenţă indefinită; nu se modifică cu schimbarea de climat şi regimurile alimentare care în prima categorie le-am găsit de un real folos prin suprimarea unor alimente proteinice, nu-şi mai găsesc efectul în formele acestea modificate. De altfel Jacquelin a sintetizat într'o formă mai expresivă aceste noi condiţiuni morbide, afirmând că: leziunea locală a transformat diateza mobilă în diateză fixată de gravitate considerabil mărită. Observaţiile şi experienţa noastră ne îndreptăţesc a afirma în ceea ce priveşte astmul că multitudinea de fenomene cauzale şi mecanisme patogenice, nu se poate manifesta la un individ fără o predispoziţie şi că această dramă pulmonară este actul final al unor procese organice a căror intimitate de producere poate scăpa.

Stări de epuizare şi excitaţie nervoasă — **Insomnie nervoasă** — **Depresiuni**

Turburări vaso-motoare

CALCIBRONAT

(Ca — Br — Lactobionat)

SANDOZ

Ambalaje aluminate cu 10 tablete
1—3 tablete pe zi

Cutii cu 100 gr. granulat
1—3 linguri pe zi

Ampule de 5 şi 10 ccm.

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

LINIȘTE NOAPTEA

prin

NOCTAL

Noctal-ul asigură somnul fără turburarea stărei generale Somnul după **Noctal**, caracterizat printr'o deșteptare vioaie și recomfortantă, se dovedește zilnic izvorul vigoarei și restabilirei la toți cei ce suferă de stări nervoase Marea limită de dosaj și degradarea unică în felul ei, în substanțe inofensive din punct de vedere fiziologic, fac din **Noctal** preparatul de predilecție pentru toate vârstele și **toate ramurile medicinei curative.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI III. STR. GENERAL EREMIA GRIGORESCU, 6

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

SYNDROMUL HIPERCOLESTERINEMIC ACUT

de

D-r. V. M. PLĂTĂREANU.

Chirurg Primar al Spt. D-r «Cantacuzino». București.

Prin „Syndromul hipercolesterinemic acut" trebue înțeles totalitatea turburărilor provocate de acumularea bruscă a colesterinei, în sânge, peste limitele normale.

Atât după cunoștiințele noastre, cât și din cercetarea literaturei pe care am putut-o avea la îndemână; nu am găsit descris acest syndrom într'un cadru nozografic.

Este surprinzător, acest fapt, prin aceea că, efectele patologice ale altor substanțe, rezultate din procesul dezasimilației, cum sunt: ureea, acidul uric, polipeptidele, glucidele, etc., au fost de mult descrise și foarte bine studiate, între timp.

Inainte de a arăta turburările clinice provocate de **hipercolesterinemie,** vom face o scurtă recapitulare asupra cunoștiințelor biochimice privitoare la colesterină.

Această substanță a fost descoperită în 1825, de către Chevreul. Formula sa chimică este (C27H460). După formulă ea este un **alcool secundar-ciclic-nesaturat-monovalent,** din seria aromatelor, cu 3 radicali hexagonali și 1 radical pentagonal.

Are un lung și lateral de trimetyl și 6 lanțuri cu diverse grupe H2 și CH2, și un radical alcool secundar (CH. OH.) în baza căreia **colesterina este capabilă să dea „eteri".** Din această cauză colesterinei se mai zice **„colesterol".**

Abderhelden nu consideră colesterina o substanță grasă, și nici grupa denumită „lipoizi", din care a fost socotită a face parte, nu o admite.

Colesterina ar face parte din grupul „sterinelor".

Colesterina aflătoare în corpul nostru are 3 origini: 1. Din **fitosterină** (colesterină vegetală), introdusă prin alimentele de origină vegetală; 2. Din **colesterina animală,** ce se găsește în alimentele carnate **sau grase** (creer, rinichi, gălbenuș de ou, etc.) și din **colesterina produsă de însăși organism,** mai ales de **glandele suprarenale și de splină:**

---

1) Studiu comunicat la Acad. de Științe (Secția biologică, la 5 Mai 1943)

După 3. Minovici şi Mârza, colesterina ar lua naştere din acidul oleic.

Limitele normale ale cantităţii de colesterină, în sânge, sunt 1.50—1.80 la litru de ser.

In anumite stări patologice, (hepatite grave, anemie pernicioasă, hipertiroidie, infecţiuni grave, etc.), cantitatea de colesterină scade.

In alte împrejurări, (cum sunt: bătrâneţea, sarcina, epoca premenstruală, nefrita cronică, nefroza lipoidică, diabet zaharat, insuficienţa tiroidiană, etc.,) cantitatea de colesterină creşte.

Parhon şi colaboratorii susţin chiar că raportul dintre „protide" şi „lipide" reprezintă **„vârsta biologică"** care nu coincide cu cea „cronologică".

Metabolismul colesterinei (colesterolului), în organism, nu este bine cunoscut până în prezent.

Totuşi s'au putut face unele precizări.

Astfel din duoden şi intestin, după o prealabilă dedublare, prin ajutorul secreţiilor pancreato-duodeno-biliară, produşii colesterinei ar trece prin vasele chilifere, în circulaţia generală spre plămâni şi numai într'o cantitate mai mică, prin venele mezenterice, la ficat.

Ficatul, nu înmagazinează colesterină, aşa cum s'a crezut. Altor ţesuturi le revine rolul de a fixa colesterina, după nevoile normale sau în cazuri patologice.

Astfel, o bună parte din colesterină se găseşte în serul sanguin şi în globulele roşii, cărora le măreşte **rezistenţa periferică.**

Participă la structura tuturor celulelor din organism, mărindu-le rezistenţa membranei periferice şi contrabalansând astfel efectele contrarii pe care le are **lecitina.**

Babeş-Bolyai Medical University Library Cluj

Colesterina are un puternic efect **antitoxic** asupra **veninurilor animale** (cobra, păianjen, albină, botriocefal); asupra **toxinei tetanice,** asupra solaninei, digitoninei, agaricinei şi heleborinei; asupra **toxinelor bacteriene** în general, şi asupra toxinei **t. b. c.** în special.

Din acest din urmă punct de vedere, lucrările mai vechi precum ca şi cercetările recente ale lui Hagiescu şi colaboratorii, privitor la raportul din colesterină şi anumite forme acute de t. b. c., sunt destul de concludente.

Cu toate substanţele **„cu prag"** din organism, colesterina are un ciclu evolutiv. Fiind introdusă prin alimentaţie sau produsă de organism, continuu, ea trebue să se elimine, în aceeaşi măsură spre a rămâne numai în limitele necesare.

Eliminarea se face prin căile biliare, către intestine, din care se rezoarbe iarăşi o mică cantitate, formând cunoscutul **„circuit închis"** (entero-hepatic), prin sudoare şi foarte puţin prin urină.

Observaţia clinică de toate zilele şi cercetările de laborator au dovedit depunerea colesterinei, aflate în exces, sub formă de cristale, în anumite ţesuturi.

Predilecţia o are pentru ţesutul conjonctiv normal subcutanat şi în special în zonele sale laxe (ex. regiunea pleoapelor) şi în ţesuturile inflamate (împrejurul cavernelor t. b. c., pulmonare, în special), precum şi în alte inflamaţii cu caracter subacut sau cronic.

Observaţiile noastre clinice ne-au dus, încă mai de mult, la

impresia că, colesterina în exces, într'un țesut suferind mai ales inflamat sau traumatizat, are de scop de a mări reacțiunea de apărare a țesutului conjonctiv, așa cum face în t. b. c. Acolo unde ea stă un timp mai îndelungat, termină prin a se precipita ea însăși, așa cum face în vezicula biliară când îi găsește pereții aceștia inflamați, sau în alte focare vechi de inflamație.

Atunci când se găsește în cantități mai mari decât puterea de toleranță a organismului, colesterina în stare solubilă, se comportă ca o substanță iritantă, sau chiar necrozantă.

Cercetările recente ale Prof. Crăciun și colaboratorii (vol. XI, seria A, 1940, Analele Institutului Victor Babeș), privind efectele soluției de colesterină de 10% asupra țesutului conjonctiv tendinos, confirmă într'o largă măsură, faptele intuite de noi.

După concepția actuală, colesterina trebue înțeleasă de o substanță absolut necesară imunității corpului, pentru apărarea contra intoxicațiilor, infecțiilor și a menținerii rezistenței: globulare și celulare.

Prin faptul că, înducerea ei, din alimentație, ar fi discontinuă și inegală, organismul și-a asigurat un izvor de producție proprie, în special în splină și corticala suprarenală.

Scăderea, sub limită normală, mai îndelungată, totala dispariție a colesterinei din economie este, după noi, echivalentă cu dispariția oricărei puteri de apărare humorală și deci, incompatibilă cu viața.

Excesul colesterinei în organism, atrage după sine, de asemeni, diferite stări patologice.

Din acest punct de vedere s'ar putea deosebi: **Un syndrom acut** pe care noi l-am identificat și întâlnit destul de des și pe care-l vom descri mai jos în linii generale și un **Syndrom cronic** relativ cunoscut în clinică.

Syndromul hipercolesterinemic acut, este cel mai supărător și, prin aceasta, ușor de recunoscut, întrucât face pe suferind să se adreseze medicului.

Se poate observa mai ales la persoanele între 35—45 ani, la ambele sexe, care au o alimentație carnată și grasă excesivă.

Cele peste 40 de cazuri pe care le-am observat în ultimul timp, au aparținut populației orășenești și în special clasei burgheze, la care excesul alimentar este socotit ca un semn de noblețe socială.

Dat fiind că la această epocă, arderile în organism încep să fie deficitare, iar turburările glandulare endocrine fac metabolismul general, mai capricios, simptomele devin mai ușor vizibile.

Syndromul hipercolesterinemic se observă, mai ales, în epocile de iarnă sau de „sărbători", în care excesul alimentar este mai obișnuit. El se traduce prin simptome de ordin subiectiv și obiectiv.

Semnele subiective sunt: 1. Stare generală rea, tradusă de bolnavi, printr'o senzație de îngreunare a întregului corp, de un simțământ de îngroșare a degetelor și articulațiilor, precum și de o stare de lenevire și de îngreunare a activității cerebrale. Amețeala este aproape constantă, iar somnul, în general, este întrerupt și turburat de vise neplăcute.

Semnele obiective sunt: 1. Coloratia cenușie a pielei și în special a tenului. Figura acestor suferinzi pare a fi murdărită cu „mină de creion".

2. Ficatul este totdeauna uşor mărit, sensibil şi chiar dureros spontan şi la presiune. Vezicula biliară se face simţită, adesea, de către bolnavi, şi este palpabilă sau dureroasă la manevra lui Murphy.

3. Tensiunea arterială este totdeauna mărită. Creşterea presiunei sanguine atinge deopotrivă toate valorile tensionale. Diferenţele faţă de normal sunt totdeauna mari (4—6 cm.^{3} de mercur), iar uneori ating cifre între 6—12 cm.^{3}

In general, aceşti suferinzi urinează mai puţin, decât de obicei, şi au tendinţa la o creştere repede a greutăţei corporale, (2—3 kgr. săptămânal). Când fenomenele tensionale sunt prea ridicate, se observă şi unele turburări cardiace: senzaţie de apăsare, precordială, extrasistolie, dureri spasmodice, etc.

Examenele de laborator:

Dozarea colesterinei, în serul sanguin, ne-a arătat, în toate cazurile, mărirea cantităţii cu valori peste 30—50%. Turburările încep a deveni aparente, când colesterina depăşeşte 2 gr. la mie, şi este menţinută, astfel, mai multe zile în continuu.

Cu cât colesterinemia creşte în valoare, cu atât starea de rău a bolnavului şi în special modificările circulatorii tensionale sunt mai evidente.

Vâscozitatea sanguină în general este mult mărită. Timpul de sângerare şi coagulare, de asemeni, mult redus, uneori cu aproape 50%.

Diagnosticul: Diagnosticul direct se pune pe simptome, pe cercetarea felului de viaţă şi de alimentaţie a bolnavului. Aspectul plumburiu, hipertensiunea arterială şi hipercolesterinemia constituesc „triada simptomatică".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diagnosticul diferenţial se face cu stările hiperazotemice; hiperuricemia; intoxicaţiile cu plumb; cu stările pletorice şi cu hipertensiunea arterială cronică.

Antecedentele şi examenele clinice şi de laborator ne pot ajuta la deosebirea dintre ele.

Diagnosticul de laborator (dozarea colesterinei şi urmărirea arderei valorilor la 2—3 zile interval), este capitală, pentru recunoaşterea şi urmărirea syndromului.

Pronosticul. Atunci când este recunoscut, dela început, nu prezintă gravitate, întrucât fenomenele pot să dispară odată cu scăderea colesterinei din serul sanguin.

Cu timpul, însă, dacă syndromul acut nu este recunoscut, sau combătut, organismul ajunge la un oarecare grad de toleranţă şi de obişnuinţă şi găseşte ca mijloc de apărare, depozitarea colesterinei în ţesuturi şi organe: (depozite cutanate, litiază biliară, concreţiuni intraviscerale, etc.), constituind ceea ce ar trebui numit „Syndromul hipercolesterinic cronic".

Fiind vorba de o turburare în metabolismul general, ca şi de o mare iritaţie a endoteliului vascular, prin excesul colesterinei în serul sanguin, fenomenele de hipertensiune arterială, datorite la început, stării spasmodice de apărare a vaselor, duc la modificări ale pereţilor

vasculari care se traduc printr'o sclerozare prematură, şi deci la o hipertensiune cronică şi ireductibilă.

Tratamentul. Odată recunoscut şi identificat syndromul hiperolesterinemic acut necesită următorul tratament:

1. **Dietetic.** Bolnavii sunt puşi timp de 24 ore la un regim hidric (ceai, apă, sirop). După aceasta se reduce, pe de o parte, raţia alimentară generală (căci în general bolnavii sunt mari mâncători), precum şi suprimarea cărnurilor şi grăsimilor. Va fi permisă o foarte mică cantitate de grăsimi: unt (5—10 grame zilnic) sau uleiuri vegetale, pentru a da numai gust alimentelor.

Carnea de peşte alb proaspăt (şalău, ştiucă), pasăre (piept) fiert, va fi admisă în cantităţi mici şi treptat. Saladele, zarzavaturile, fructele, laptele şi făinoasele vor fi admise în cantităţi suficiente a asigura caloriile necesare. Suprimarea mesei de seară, sau reducerea ei, precum şi suprimarea condimentelor, băuturilor alcoolice de orice fel, este obligatorie. Viaţa activă în aer liber, mersul pe jos, sporturile moderate, sunt foarte indicate.

2. **Medicamentos.** Se poate administra, cu bune rezultate, două comprimate pe zi de iod-calcium-diuretină, timp de 10 zile.

Extractul tiroidian 0,05—0,10 ctgr. pe zi, dat timp de o săptămână, ne-a dat în special, la femeile cu turburări glandulare, rezultate foarte bune. Asocierea în extracte calcio-ovariene şi antehipofizare la femeile cu hipomenoree sau turb. climaterice, sunt indicate.

In cazurile de hipertensiune excesivă, **Extractul de vâsc** (guypsine), 6 comprimate pe zi; **Pacyl** (4—6 comprimate pe zi, sau una injecţie zilnică), ne-au dat rezultate foarte bune. Extrasul de usturoiu sau usturoiul administrat direct (4—6 felioare), ne-a dat de asemeni rezultate bune atunci când au fost tolerate de suferinzi.

* * *

Concluziunile studiului nostru sunt:

1. Colesterina este o substanţă din grupul alcoolilor, absolut necesară fenomenelor biologice umane.

2. Surplusul de colesterină în organism, ca şi lipsa acestuia, dau naştere la turburări caracteristice.

3. Creşterea grabnică peste cifrele normale a colesterinei, constituesc un grup de turburări, pe care noi am denumit-o **Syndromul hipercolesterinemic acut**, după cum acumularea lentă duce la turburări caracterizate prin depunerea colesterinei în ţesuturi sau organe.

4. **Syndromul hipercolesterinemic acut**, se poate identifica prin triada simptomatică: coloraţie plumburie, hipertensiune, hipercolesterinemie.

5. Fenomenele trădate de **hipercolesterinemia acute**, sunt „reversibile" iar un tratament apropiat, energic şi la timp le poate înlătura cu uşurinţă.

6. Clinica şi laboratorul au îndatorirea, pe viitor, să aprofundeze problema aceasta, care constitue după noi una din marele probleme biologice umane.

Cette étude mène aux conclusions suivantes:

1) La cholestérine est une substance du groupe des alcools, absolument nécessaire aux phénomènes biologiques humains.

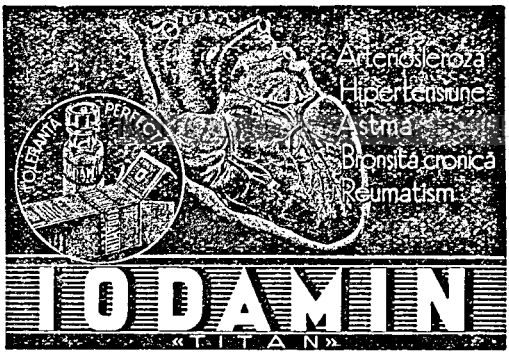
2) Le surplus de cholestérine dans l'organisme entraine, de même que sa carence des troubles caractéristiques.

3) L'accroissement rapide de la cholestérine au-dessus des chiffres normaux provoque de troubles, dénommés par nous *„Syndrome hypercholestérinémique aigu"*; de même, l'accumulation lente de la cholestérine provoque des troubles caractérisés par les dépôts de cholestérine dans les tissus et les organes.

4) *Le syndrome hypercholestérinémique* aigu peut être identifié par la triade symptomatique: *coloration plombée, hypertension, hypercholérinémie.*

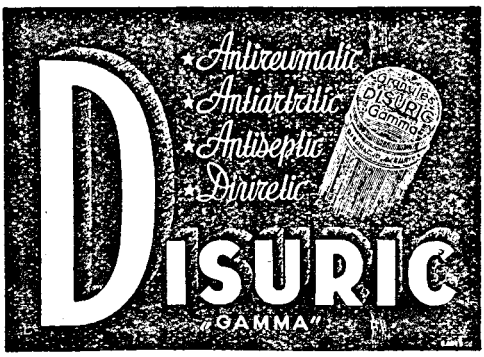
5) Les phénomènes trahis par la hypercholestérrinémie aigue sont *„reversibles"*; un traitement adéquat, énergique et administré en temps utile, peut les écarter sans difficulte

6) À la clinique et au laboratoire revient la tâche d'approfondir cette étude qui constitue, selon nous, un des grands problèmes de la biologie humaine



MEDICAȚIUNE
IODATĂ
INTENSIVĂ

DISOLVANT
ȘI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC



Reprezentanța pentru România S. I. F. s. a. r. București IV, Avram Iancu 32.

LIPOCORTEN

Extract total de cortex suprarenal

Indicat în:

Insuficiența suprarenală subacută și cronică
Sindromele și bolile endocrine însoțite de insuficiență suprarenală
Sindromele de epuizare nervoasă și musculară
Sindromele de deficit trofic și de asimilație
Sindromul neuro-psychic depresiv
Intoxicațiile alimentare
Azotemia
Oliguria extra-renală
Vărsăturile de sarcină

*

Intoxicațiile anestezice
Socul traumatic
Socul post-operator
Oliguria și azotemia post-operatorie
In pregătirea pre-operatorie.

*

Ambalaje a 5 și 10 fiole

LABORATORUL CRINOTERAPIC

Reprezentanța generală

Cooperativa „Uzinele Sanitare Paulescu-Gerota-Sumuleanu"

București, Calea Griviței Nr. 67

Telefon 4.98.08

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TESTORMON

Extract total concentrat de testicul de taur

Indicat în:

Sindromul neurovegetativ al insuficienţei testiculare

CLIMACTERIUM VIRIL

Hipertrofia de prostată
Sindromul somato-psichic de involuţie
Hipertensiune arterială după 40 ani
Infantilism
Sindromul hiperfoliculinic la femei
Congestia dureroasă a sânilor

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ambalaje a 5 fiole

LABORATORUL CRINOTERAPIC

Reprezentanţa generală

Cooperativa „Uzinele Sanitare Paulescu - Gerota - Sumuleanu"

Bucureşti, calea Griviţei Nr. 67

Telefon 4.98.08

BOALA LUI FOX ŞI FORDYCE

CU O OBSERVAŢIUNE

de

Conf. D-r FL. SARAŢEANU
Prof. supl. la Fac. de Med. din Bucureşti

Observaţiune clinică: Bolnava Aurelia T., în vârstă de 16 ani, de naţionalitate română şi de profesiune casnică, se prezintă în N-brie 1936, la consultaţiunile dermato-sifiligrafice dela Spitalul Brâncovenesc, pentru o erupţiune cutanată papuloasă foarte pruriginoasă, localizată în axile, la areolele sânilor în regiunea genitală şi în regiunea perineală.

A. H. C. Mama bolnavei a avut 8 sarcini şi niciun avort spontan. Patru din copii au murit de mici, iar patru trăiesc şi sunt sănătoşi. Nicio dermatoză şi nicio manifestare bacilară ori specifică în trecutul părinţilor şi colateralilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

A. P. Menstruată la 13 ani. Menstrue regulate, în cantitate normală, nedureroase.

Nicio boală infecto-contagioasă în trecut. La 6 ani, reumatism articular acut. O izbucnire identică de reumatism, la 12 ani. S'a tratat cu salicilat de sodiu la interior şi salicilat de methyl la exterior şi a urmat un tratament balnear cu băi calde şi nămol la Tekirghiol, timp de trei sezoane consecutive. Ulterior a mai avut din când în când izbucniri de reumatism. dar mai moderate şi n'a mai făcut niciun tratament.

Istoric: Afecţiunea cutanată actuală a început cu 8 luni în urmă, prin prurit accentuat, de aceeaşi intensitate ziua şi noaptea, concomitent în toate regiunile unde se constată în prezent. Pruritul era aşa de accentuat, mai ales la căldură, încât — după expresiunea bolnavei — „şi-a petrecut vara anului 1936, mai mult în pivniţă decât în casă".

Starea prezentă: Bolnava este de talie scundă, cu ţesutul celular subcutanat bine desvoltat. Facies palid. Nu se constată niciun semn de heredosifilis.

Aparat respirator, normal. Cord: simptome de insuficienţă mitrală. Aparat digestiv, normal. Aparat urinar, normal. Sistem nervos: pupile egale; reflexe pupilare şi tendinoase normale. Sistem ganglionar, normal.

Din punct de vedere cutanat, bolnava prezintă o erupţiune papuloasă foarte pruriginoasă, care ocupă în mod simetric axilele şi areolele sânilor, Aceleaşi leziuni papuloase pruriginoase se mai găsesc încă şi în regiunea genitală şi perineală.

In axila dreaptă există numeroase mici elemente papuloase strâns diseminate, reunite într'un placard lung de aproximativ 10 cm. şi larg de 3 jum. cm. Forma placardului este eliptică, iar marginile lui mai mult sau mai puţin difuze.

Culoarea tegumentului din regiunea unde s'au desvoltat leziunile papuloase este galben-brună, contrastând cu restul tegumentului înconjurător.

Elementele eruptive papuloase sunt uscate, mai mult sau mai puțin lucioase, lichenoide, de culoare ușor roză, hemisferice, dure la pipăit, izolate și de dimensiuni variabile. Ele sunt apropiate unele de altele și au dimensiunile unui bob de mei în centrul placardului, iar la periferia lui sunt mai diseminate și mai mici, în genere cât o gămălie mică de ac, cele mai depărtate de centru fiind încă și mai mici. Prin tracțiune într'o singură direcție, papulele — care deși reunite în placard sunt totuși izolate — apar dispuse ca niște șiraguri de mici mărgele alăturate unele de altele.

In vârful lor, mai ales la papulele mai mari, se constată o mică scuamă aderentă. Intre papule, striațiunile pielei sunt mult mai accentuate decât în restul tegumentului.

In toată întinderea placardului papulos, tegumentul se simte mai aspru la pipăit și mai îngroșat.

Sistemul pilos, foarte puțin desvoltat, este aproape inexistent. Rarele fire de păr cari există și cari centrează unele papule, sunt subțiri și rupte la scurtă distanță dela suprafața pielei.

In axila stângă, numeroase papule existente sunt de asemenea reunite într'un placard având aproximativ 8 cm. în lungime și 4 cm. în lărgime. Ca și în axila dreaptă, sistemul pilos al regiunii, aproape că nu există.

In jurul areolei mamelonare, la ambii sâni, se constată o coroană de papule izolate, hemisferice, mari cât un bob de cânepă, de culoare galben-brună, pe alocurea cu urme de scărpinătură și mici scuame-cruste. Areola sânului este pigmentată, brun-negricioasă.

In regiunea ombilicală nu se observă nicio erupțiune, tegumentul fiind complect normal.

Regiunea genitală. Partea cutanată a buzelor mari este acoperită în întregime de papule mai mari decât în regiunea axilară, unele dintre ele ajungând chiar aproape la dimensiunile unui bob de cânepă. Papulele sunt hemisferice, ușor turtite, de culoare cenușie-brună, și cu o mică scuamă în vârful lor. Cele mai multe dintre ele sunt centrate de un fir de păr. O mare parte din perii acestei regiuni — de altminteri puțin desvoltați — sunt rupți la înălțimi diferite dela suprafața tegumentului.

Leziunile papuloase se continuă în sus în regiunea pubiană, papulele devenind din ce în ce mai rare, pe măsură ce erupțiunea se depărtează. In jos, erupțiunea papuloasă se continuă în mod discret, printr'un șirag de papule mai mici, izolate și distanțate, pe laturile regiunii perineale până în regiunea anală, unde formează o semi-coroană întreruptă, cu elemente papuloase rare, în jurul anusului.

Mucoasa regiunii genitale este liberă de orice erupțiune.

Bolnava este virgină și are o ușoară scurgere leucoreică, cu floră bacteriană banală.

In toate regiunile unde se observă erupțiunea papuloasă, tegumentul este uscat, neconstatându-se nicio exagerațiune a secrețiunii sudorale. Nu există nici hiperhidroză, nici bromhidroză, nici cromhidroză. După cele ce spune bolnava, nici vara nu există o exagerare a secrețiunii sudorale.

Din punct de vedere subiectiv, erupțiunea papuloasă este însoțită de un prurit foarte accentuat, care se manifestă în accese de aceeași intensitate ziua ca și noaptea, chinuind bolnava și producându-i insomnie. Acest prurit, după cum mărturisește bolnava, se accentuează la căldură și de asemenea se exagerează în caz de emoțiuni violente precum și în preajma și în timpul menstruațiunii.

Examene de laborator: 1. **Examenul sângelui:** Uree sanguină 0 gr. 370 la mie. Acid uric: 0 gr. 020 la mie. Colesterol: 1 gr. 30 la mie. Glucoză: 0 gr. 90 la mie, R. Bordet-Wassermann, Hecht. Meinicke (M. T. R.) și Kahn: negative.

Numărul globulelor roșii: 3.940.000. Hemoglobină (Talqvist): 80%. Valoare globulară: 1. Numărul globulelor albe: 9800. Formula leucocitară: 69% polinucleare neutrofile, 3% polinucleare eozinofile, 6% mononucleară mari și mijlocii. 20% limfocite și 2% forme de tranziție.

2. **Examenul urinei:** Urină acidă, cu densitate ușor scăzută (1.014). Ușoară hipoazoturie (uree: 14.62 la mie; raportul ureei la extractul total:

42.30/o). Uşoară hipoclorurie (cloruri: 5.55 la mie; raportul clorurilor la uree: 37.90/o; raportul clorurilor la extractul total: 16.00/o). Urme extrem de slabe de albumină. Zahăr absent. In sediment: frecvente leucocite.

3. **Titrarea hormonilor** (D-r Crăiniceanu). Hormon folicular ovarian: 30 U. S. (normal: 60—120 U. S.). Hormon hipofizar de maturaţiune: 50 U. S. (normal: 5—11 U. S.). Concluziuni: Hormon folicular ovarian diminuat; hipersecreţiune hipofizară.

4. **Metabolism bazal** (D-r Cociaş). Metabolism bazal găsit: 38.03. Metabolism bazal calculat: 38,76.

5. **Examenul histo-patologic** al unui fragment de piele din regiunea papuloasă axilară, arată o uşoară hiperkeratoză, un proces de acantoză mai exagerat în jurul canalelor sudoripare şi al foliculilor pilo-sebacei. Uşoară papilomatoză. Infiltraţiuni de monocite, în special împrejurul foliculilor. In profunzime se văd secţiuni de glande sudoripare cari sunt foarte dilatate, având dimensiuni de 3—4 ori mai mari decât cele normale. Epiteliul glandelor este atrofiat, redus pe unele locuri numai la 1—2 rânduri de celule turtite, cu aspect pavimentos.

In rezumat este vorba de o tânără bolnavă, care pe lângă o leziune cardiacă de origină probabil reumatismală, prezintă şi o afecţiune cutanată simetrică, cronică, papuloasă, foarte pruriginoasă, localizată în axile, la areolele sânilor şi în regiunile genitală şi perineală. Atât caracterele clinice ale dermatozei, cât şi cele histo-patologice, arată că este vorba de boala lui Fox şi Fordyce.

Mai notăm că erupţiunea cutanată a fost precedată de prurit şi că pruritul care însoţeşte leziunile cutanate se accentuează la căldură, în timpul unor emoţiuni violente şi cu ocazia menstruaţiunii. Turburări menstruale propriu zise, nu există.

Titrarea hormonilor arată o diminuare a hormonului folicular şi o creştere a celui hipofizar.

Diversele examene de laborator cari s'au mai făcut nu arată nimic important, exceptând o uşoară scădere a numărului globulelor roşii şi oarecare creştere a numărului globulelor albe.

Bolnava are un facies palid şi prezintă o stare nervoasă accentuată.

In trecutul ei nu se găseşte nici tuberculoză, nici sifilis şi nici vreo altă boală infecţioasă, exceptând reumatismul care s'a manifestat cu mai mulţi ani înainte de apariţiunea dermatozei. De asemenea, în antecedentele heredo-colaterale n'a existat tuberculoză şi nici sifilis.

*

Boala lui Fox şi Fordyce *) este o dermatoză rară, papuloasă, pruriginoasă, interesând numai anumite regiuni cutanate. Diagnosticul este uşor, însă etiologia şi patogenia sunt încă neprecizate.

Această dermatoză a fost descrisă pentru prima oară în 1902 de către G. H. Fox şi J. A. Fordyce sub numele de **boală papuloasă rară, interesând regiunea axilară (a rare papular disease affecting the axillary region)**, pe două cazuri, din care unul prezenta o localizare axilară, iar celălalt o localizare axilară şi pubiană.

In 1909, Fordyce publică încă un caz cu localizare axilară şi genitală sub numele de **erupţiune papuloasă pruriginoasă a axilei**

*) Alte denumiri propuse: *Acanthosis circumpolaris pruriens* (A. Whitfield); *Hidroneurodermită* (Audry).

și regiunei pubiene (a cronic itching papular eruption of the axillar and pubis).

In altă observațiune a lui Fox și Fordyce din 1911, pe lângă axile și regiunea pubiană, erau încă interesate și areolele mamelonare și tot în acest an Hasse publică de asemenea un caz de localizarea axilară, genitală și areolară (Freund).

Consecutiv acestor publicațiuni, a intervenit o pauză până în 1920, când se ivesc observațiunile lui Withers; C. Rasch și A. Kissmeyer; Burnier și H. M. Bloch.

Dela această epocă, observațiunile de boala lui Fox și Fordyce apărute în literatură încep să se înmulțească. Astfel Kiess în 1924 a putut aduna 24 de cazuri, Fischer 25 de cazuri (24 femei și 1 bărbat) în 1925, L. Nardelli 49 de cazuri în 1926, H. Goodmann 60 de cazuri și unul personal în 1927, T. Venturi 60 de cazuri din toată literatura și 3 în Italia în 1927, și Engelhardt 74 de cazuri, din care 9 bărbați în 1927.

In articolul său din 1931, S. Neumarck socotea ca trecute de 100 cazurile cunoscute, iar Del Vivo în 1932, a putut aduna 132 de cazuri, din care 14 bărbați.

In prezent, numărul cazurilor cunoscute se urcă la aproximativ 200.

In Franța, primul caz observat a fost publicat de către Burnier și Bloch în 1920, sub titlul de **papulo-dermită pruriginoasă a axilelor pubisului și sânilor, cu dilatație chistică a glandelor sudoripare.** In Germania, primul caz a fost descris de O. Kiess în 1924, iar în Italia, în același an. Em. Freund a putut publica primele două cazuri observate.

In România, cazul care face obiectul prezentei publicațiuni și care a fost prezentat de noi la Soc. Rom. de Derm. și Sifiligrafie în ședința din 16 Decembrie 1936, **este după cât cunoaștem primul.** Ceva mai târziu, în ședința din 28 Maiu 1937. D-r L. Cornea a prezentat de asemenea un caz cu boala lui Fox și Fordyce la un bărbat, de naționalitate română, iar în Octombrie 1937, am mai putut vedea o femee în vârstă de 39 de ani, româncă de asemenea, cu aceeași afecțiune cutanată.

Inmulțirea cazurilor publicate de Fox-Fordyce, cât și faptul că numai în România s'au putut întâlni 3 cazuri într'un scurt interval, dovedesc că boala lui Fox și Fordyce nu este chiar așa de excepțională, ci mai curând este confundată cu alte dermatoze și în special cu lichenul Vidal.

*

Boala lui Fox și Fordyce **interesează în special sexul femenin,** după cum o dovedește faptul că din cazurile actualmente cunoscute de aproximativ 200, au fost numai 23 de bărbați. Ca procent, în ce privește sexele, boala lui Fox și Fordyce s'ar întâlni deci în aproximativ 90% cazuri la femei și numai în 10% la bărbați.

Ea se manifestă fără excepție după pubertate, uneori cu primele menstrue, cea mai inferioară limită de vârstă cunoscută, în ce privește apariția erupțiunii, fiind 13 ani. Aproximativ 80% din ca-

Cluj / Central University Library Cluj

zuri au fost observate între 15—40 ani, cu un maximum de frecvență între 20 și 30 de ani. După 40 de ani cazurile sunt rare, iar după 50 de ani excepționale. Hirschfeld, Gelbjerg-Hansen, Pautrier, Dowling și Forsmann, etc., citează unele rare cazuri observate după menopauză, la femei în vârstă înaintată (60—73 de ani).

După Engelhardt, n'ar exista nicio predispoziție la boala lui Fox și Fordyce în ce privește rasele, în timp ce Boelstra și tot așa W. Pick susțin că ar fi mai frecventă la femeile de rasă semită și la orientale în genere. In ce privește rasele colorate, dermatoza ar fi destul de rară (Senear).

*

Un prim caracter al boalei lui Fox și Fordyce îl formează **localizarea și simetria sa.** Regiunile pe care le interesează de obicei, sunt: **axilele, regiunea genitală și areolele sânilor,** mai rar putând ocupa încă **ombilicul și regiunea perineală.**

Sunt cazuri unde sunt interesate numai axilele, erupțiunea fiind cantonată numai aci, în timp ce în altele, dermatoza poate ocupa unul, mai multe, ori toate sediile de elecție. Alteori se poate observa erupțiunea papuloasă caracteristică într'o regiune, în timp ce în alte regiuni există numai prurit. De altminteri, erupțiunea poate apărea succesiv și la distanțe variabile, interesând rând pe rând regiunile de elecție.

Regiunea cea mai des interesată o constituie axilele. In ordinea frecvenței vin apoi: regiunea pubiană, areolele mamelonare și mult mai rar ombilicul și perineul.

Boala este pruriginoasă, pruritul fiind destul de accentuat pentru a chinui uneori bolnavii, producându-le insomnie și o stare de nervozitate destul de mare. Mâncărimea se manifestă în accese, în genere de aceeași intensitate atât ziua cât și noaptea, este localizată exclusiv la regiunile cutanate interesate și se accentuiază la căldură, cu ocazia unor stări emotive ori de enervare, precum și înainte și în timpul menstruațiunii. Alteori, pruritul se accentuiază cu câteva zile înainte de menstruațiune, slăbește în cursul ei și se intensifică după ce ea s'a terminat (Jung). S'au mai citat cazuri — de altminteri rare — unde pruritul se accentua și în timpul raporturilor sexuale (Schönstein, Dohi). Alt fapt interesant, observat de Pautrier și de asemenea de Grschebin la 2 femei cu boala lui Fox și Fordyce, este și acela că pruritul, destul de accentuat a dispărut în cursul sarcinei, pentru a reveni cu violență după naștere.

O chestiune care a fost discutată este și aceea dacă pruritul care însoțește erupțiunea este pre-eruptiv. Din acest punct de vedere, cei mai mulți dermatologi răspund afirmativ, pruritul putând preceda erupțiunea la o distanță care poate varia dela câteva zile până la câteva luni și chiar mai mulți ani (3—11 ani).

In fine, s'au mai descris chiar cazuri de boala lui Fox și Fordyce, cu prurit minim sau chiar absolut nepruriginoase (Freund) Traub, Schwarzschild, Williams, Gougerot și Blum, Steiger-Kazal, Sameck, Gottron), dintre care câteva masculine. După Goodmann însă, asemenea cazuri n'ar putea fi considerate ca aparținând boalei lui Fox-Fordyce, în care pruritul accentuat și localizat constitue unul din principalele simptome.

Ferdinand I. din Cluj • Biblioteca Univ. ROMANIA

Erupţiunea cutanată în boala lui Fox şi Fordyce este constituită din elemente papuloase mici, cu dimensiuni cari pot varia dela acelea ale unei mici gămălii de ac până la acelea ale unui bob de cânepă. papulele sunt uscate, lucioase, lichenoide, neregulat rotunde şi ovalare, turtite şi hemisferice dure la pipăit de culoare gălbue galbenă-cenuşie ori roză-roşie, având o uşoară depresiune centrală, ocupată de o mică scuamă cornoasă, aderentă. Din această cauză, regiunea unde se găseşte erupţiunea dă la pipăit o senzaţiune aspră, ca de răzătoare.

In totalul lor, papulele au o dispoziţie diseminată, la scurtă distanţă unele de altele, însă grupate, formând placarde cu margini mai mult sau mai puţin difuze. In genere, papulele din centrul placardului sunt mai mari, la periferie fiind din ce în ce mai mici şi diseminate la distanţe mai mari. Prin tracţiune într'o singură direcţie, bunoară în sensul diametrului longitudinal al axilei, papulele apar dispuse liniar, ca nişte şiraguri de mărgele puse unele lângă altele.

Unele dintre aceste elemente papuloase sunt centrate de un fir de păr. **Sistemul pilos al regiunii este în genere puţin desvoltat, iar rarele fire de păr ce se pot constata sunt subţiri, uscate şi rupte la scurtă distanţă dela suprafaţa pielei, probabil în urma scărpinăturii.** Din această cauză, axilele au un aspect alopecic, aproape glabru. In celelalte regiuni, unde dermatoza se poate desvolta bunăoară în regiunea genitală, se găsesc de asemenea peri modificaţi şi rupţi, însă alteraţiunea sistemului pilos pare mai puţin accentuată.

Tegumentul din regiunea unde s'au desvoltat placardele de elemente papuloase, ia o culoare pigmentată galben-brună, mai închisă decât a tegumentului înconjurător.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Erupţiunea este simetrică, interesând ambele axile.

In regiunea genitală, erupţiunea papuloasă poate ocupa pubisul, buzele mari şi imediata vecinătate a acestora. Elementele eruptive, în genere mai mari decât în regiunea axilară, pot ajunge la dimensiunile unei gămălii mari de ac ori chiar la acelea ale unui bob de cânepă, cu o formă hemisferică ori turtită, de culoare galben-brună, roză ori uşor cenuşie, purtând aceeaşi mică scuamă aderentă în vârful lor. Cele mai multe din papule sunt centrate de un fir de păr, rupt la înălţime variabilă. Şi aci, ca şi în axile, papulele sunt dispuse des şi grupate în placard continuu, elementele eruptive fiind din ce în ce mai rare şi mai distanţate, pe măsură ce se depărtează de centrul placardului.

Din regiunea genitală, unde papulele ocupă numai partea cutanată, — mucoasa fiind cu totul liberă — erupţiunea se poate continua, cum a fost în cazul nostru, printr'un şirag de papule izolate şi distanţate, pe laturile regiunii perineale până în regiunea perianală, unde poate forma o semicoroană întreruptă, cu elemente papuloase rare, în jurul anusului.

Altă regiune care poate fi mai des interesată în boala lui Fox şi Fordyce, este areola mamelonară. Şi aci se pot găsi papule caracteristice, însă ele sunt mult mai izolate, în număr mai mic şi în genere mai mari, cât un bob de cânepă ori chiar cât un bob mic de

PLANȘĂ

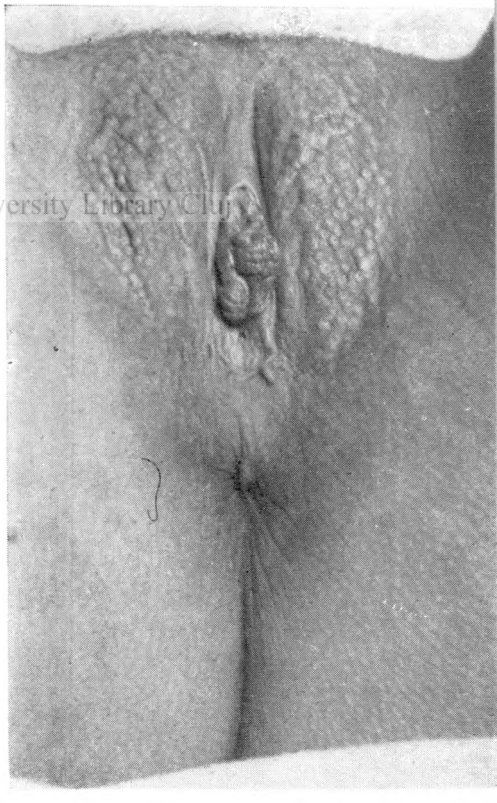
MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
Nr. 9-10/1943

BOALA LUI FOX ȘI FORDYCE
— Cu o observațiune —

de
Conf. D-r FL. SĂRĂȚEANU
Prof. supl. la Fac. de Med. București

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. Boala lui Fox și Fordyce. Leziuni axilare și ale areolelor sânilor.



2, Boala lui Fox și Fordyce. Leziuni genitale și perineale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

mazăre. Ele formează ca o coroană neregulată în jurul mamelonului, pe un fond areolar mai pigmentat.

In afară de prurit, erupţiune papuloasă, pigmentaţiune şi alteraţiune a sistemului pilos mai pot exista, dar nu totdeauna şi **modificări ale secreţiunii sudorale**. Normală în cele mai multe cazuri, această secreţiune poate fi exagerată uneori, în special în regiunea axilară (Freund; Karwowski şi Dobeck; Knoweles, Grozer şi Hart-Drant; Justus; Lenz; Louste, Levy Franckel şi Caillau; Dohi; Meirowsky; Nicoletti; Neumark, etc.). Alteori, secreţiunea sudorală axilară poate fi — din contră — scăzută (Engelhardt). Intr'un caz al lui Justus, transpiraţia axilară se accentua cu ocazia unor stări emotive, iar în altul d-lui Neumarck, secreţiunea sudorală se mărea de asemenea cu ocazia unor stări de enervare, precum şi în timpul menstruaţiunii. Aceeaşi constatare în relaţiune cu menstruaţia, a fost făcută şi de Lenz. Pe lângă hiperhidroză, s'au mai citat încă şi cazuri unde exista şi osmidroză (Dohi).

*

S'a putut constata uneori o coexistenţă a boalei lui Fox şi Fordyce cu alte boli şi afecţiuni, precum: manifestaţiuni de natură ori de origine bacilară (pleurizie, tuberculoză osoasă, lupus tuberculos, lupus eritematos, etc.), sifilis, heredo-sifilis, reumatism, afecţiuni cardiace, migrenă, anemie, hidro-adenită, psoriasis, granulosis rubra nasi, vegetaţii adenoide, hipertrofie amigdaliană, boala lui Bassedow, metrite, chiste ovariene, salpingite etc.

In asemenea cazuri ar fi vorba mai curând de simple coincidenţe. Totuşi, după unele păreri terenul tuberculos ar putea constitui o cauză favorizată a acestei dermatoze. Dintre afecţiunile cutanate care pot coincide cu boala lui Fox şi Fordyce, mai frecvent citată este hidrosadenita, care poate preceda, coexista ori chiar alterna cu boala lui Fox şi Fordyce (Netherton, Hinze, Bory, Pautrier, etc.).

*

Patogenia boalei lui Fox şi Fordyce este încă discutată. La început s'a crezut că este o formă nevrodermită cronică, însă caracterele histologice şi mai ales cele clinice arată că este o dermatoză aparte, în care rolul principal pare a-l juca cu multă probabilitate modificările glandelor sudoripare apocrine.

Majoritatea dermatologilor văd în această dermatoză **o disendocrinidă, o afecţiune provocată printr'o disfuncţiune a glandelor cu secreţiune internă şi în special a glandelor sexuale**, după cum o dovedeşte faptul că peste $^2/_3$ din cazurile feminine observate, prezentau turburări ovariene. Intre aceste turburări glandulare şi modificările glandelor apocrine ar fi o strânsă relaţiune. Afecţiunea ar fi deci **o apocrinită sudoripară la indivizi cu funcţiuni alterate ale glandelor endocrine** (Del Vivo).

Neumarck insistând asupra acestei patogenii, observă că în favoarea ipotezei care susţine o dependenţă între leziunile cutanate şi starea funcţională a glandelor sexuale, intervin mai multe argumente,

precum întârzierea uneori a primelor reguli până la 18—20 de ani, neregularitatea și durata menstruațiunii, ameliorarea și regularea ciclului menstrual după vindecarea dermatozei, frecvent infantilism ori frigiditate sexuală, apariția dermatozei uneori cu primele menstrue și după menopauză, accentuarea pruritului înainte ori în timpul menstruațiunii și chiar faptul mai rar observat de augmentare a papulelor axilare în timpul menstruațiunii și senzațiunea de prurit axilar în timpul raporturilor sexuale.

La aceste argumente s'ar mai putea adăoga și fenomenul observat de Pautrier și tot așa de Grschebin, referitor la dispariția pruritului în timpul sarcinii și revenirea lui cu violență după naștere.

In afară de disfuncțiunile ovariene observate, s'au mai putut constata uneori și **turburări din partea glandei tiroide**: hiper-tiroidian mai ușor ori mai accentuat (Jung, Louste, Levy-Franckel și Caillau, Brito-Foresti și Maillet, Neterthon, Neumark) ori din contră hipotiroidism (Venturi, Del Vivo).

In fine, ar mai juca un rol în patogenia acestei dermatoze și unele **turburări ale glandelor suprarenale** (Whitfield, Chorazack și Ostrowski, Neumark).

Gougerot contestă însă boalei lui Fox și Fordyce orice patogenie glandulară, considerând-o ca **o maladie naevică a glandelor sudoripare**, pe care în mod inconstant se fixează pruriturі de natură diversă.

Ținând seama de părerea majorității dermatologilor, care au studiat boala lui Fox și Fordyce, s'ar putea spune deci că ea este cauzată de o disfuncțiune endocriniană, în special ovariană, căreia îi urmează turburări în funcțiunea glandelor sudoripare apocrine, cu alterațiuni consecutive ale canalelor glandulare excretoare și ale foliculilor pilo-sebacei. Pruritul preeruptiv și care apoi însoțește erupțiunea s'ar datora acțiunii iritante a secreției sudorale modificată în chimismul său — după cum susține Fischer — iar erupțiunea ar fi provocată de scărpinătura aproape continuă la care obligă pe bolnavi pruritul accentuat, adesea intolerabil.

*

Examenul histopatologic al leziunilor, după cum rezultă din cazul nostru cât și din diverse alte observațiuni publicate, arată modificări epidermice, dermice și glandulare.

In epiderm se pot observa hiperkeratoză cu extensiune la foliculi și canalele sudoripare, uneori pătrunzând profund; o acantoză desvoltată mai ales în jurul canalelor sudoripare și al foliculilor pilo-sebacei; uneori un ușor eden. Pe alocurea se mai poate găsi și o hiperpigmentațiune a stratului bazal (Burnier și Bloch, Walther).

Atât în dermul superficial cât și în cel profund există o infiltrație celulară moderată, în jurul canalelor sudoripare și în jurul vaselor. Elementele celulare găsite în infiltrate pot fi: monocite, plasmocite și mastzellen (Rasch și Kissmeyer, Burnier și Bloch, Goldschmidt, etc.).

Din punct de vedere glandular, se observă o hipertrofie a sistemului sudoripar. Canalele sudoripare prezintă o dilatațiune variabilă. Glomerulii sudoripari sunt și ei mai mult sau mai puțin dilatați, lumenul lor fiind obturat în parte ori în total de o massă amorfă for-

mată din resturi celulare (Burnier şi Bloch). Această dilatațiune poate fi uneori exagerată, chistică, epitelul glandular apărând atrofiat, redus pe alocuri la un singur rând de celule turtite.

*

Diagnosticul clinic al boalei lui Fox şi Fordyce se bazează pe caracterele sale de dermatoză simetrică, papuloasă, pruriginoasă şi care interesează numai anumite regiuni ale tegumentului.

Din punct de vedere diferențial, afecțiunea cu care s'ar putea confunda mai curând este **lichenul cronic Vidal (prurigo circumscris cu lichenificațiune sau nevrodermita cronică circumscrisă, Brocq).**

In această dermatoză, papulele evoluiază însă către confluență, formând cu timpul placa caracteristică a afecțiunii, pe când în boala lui Fox şi Fordice, papulele rămân alăturate, dar nu confluiază, dând acea impresiune de şiraguri de mici mărgele puse unele lângă altele, când se exercită asupra placardului eruptiv o tracțiune într'o singură direcție.

Leziunile eruptive ale boalei lui Fox şi Fordyce sunt dispuse totdeauna simetric, pe când erupțiunea de lichen Vidal poate fi redusă numai la o singură placă, iar când plăcile sunt multiple pot fi numai uneori simetrice, mai ales când se desvoltă în vecinătatea plicelor (Brocq).

Boala lui Fox şi Fordyce are localizările ei precise: axile, areole mamelonare, ombilic, regiunea genitală şi regiunea perineală, adică regiunile unde se găsesc glande sudoripare apocrine. Lichenul Vidal poate interesa orice regiune, însă localizările lui de predilecție le constituie: ceafa, gâtul, fața supero-internă a coapselor, plica interfesieră, regiunea lombară, fața externă a gambelor, spațiile politee, cotul, fața posterioară a antebrațelor, scrotul la bărbat, buzele mari la femeie, plica cotului şi spațiile axilare.

In fine, tratamentul cu raze Röntgen, care constitue un tratament de elecție în lichenul Vidal, rămâne în marea majoritate a cazurilor fără efect în boala lui Fox şi Fordyce.

Mai rar, diagnosticul poate oscila între boala lui Fox şi Fordyce şi un **lichen plan.** Caracterul papulelor de lichen plan, localizările cutanate de predilecție ale acestei dermatoze, localizările relativ frecvente pe mucoasa bucală şi histopatologia, constituesc însă elemente diferențiale care permit un diagnostic precis.

In rare cazuri boala lui Fox şi Fordyce ar mai putea imita, mai mult sau mai puțin, afecțiunea cutanată cunoscută sub numele de **acanthosis nigricans,** forma juvenilă (Withfield, Freund).

Tratament: Boala lui Fox şi Fordyce este rezistentă la tratamentele întrebuințate până în prezent. Majoritatea dermatologilor care au studiat-o au obținut mai adesea insuccese ori cel mult ameliorări.

Ca tratament general s'a recurs la **opoterapie** (extracte ovariene, testiculare, hipofizare, tiroidiene, pancreatice, suprarenale), **săruri de aur, vaccinuri antituberculoase, autohemoterapie.**

Din punct de vedere local, ca tratament medicamentos, s'au întrebuințat gudronuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mai frecvent încă s'a recurs la **agenţi fizici**: raze Röntgen, raze limită Bucky, raze ultraviolete, curenţi de înaltă frecvenţă, electroliză, diatermo-coagulare, zăpadă carbonică.

In câteva cazuri cu totul refractare, unde pruritul exaspera bolnavii, s'a recurs chiar la **extirparea placardelor eruptive axilare.**

Din punct de vedere hidro-mineral, s'au încercat băile de mare.

Gudronurile au fost întrebuinţate de Jersild, Gelbjerg, Haxhausen, etc. Jersild vorbeşte de un caz vindecat complect în trei luni prin pensulaţiuni cu ol. litanthracis. In cazul prezentat la Soc. Rom. de Dermatologie şi Sifiligrafie de D-r L. Cornea, caz care după terminarea serviciului militar s'a prezentat la consultaţiile dermatologice dela spitalul Brâncovenesc, pentru tratament, am întrebuinţat şi noi pensulaţiuni repetate la 3—4 zile cu gudron de huilă brut spălat, fără a putea însă observa vreun efect apreciabil.

Extractele de glande cu secreţie internă şi în special de glande sexuale au dat uneori rezultate, alteori nu. Pick semnala în 1925, că preparatele de ovar pot da uneori bune rezultate, iar în 1927 afirma că a putut vindeca aproape complect un caz prin opoterapie ovariană administrată timp de un an de zile. Venturi a obţinut un rezultat identic prin opoterapie, după 6 luni de tratament. Urbach a tratat un caz cu progynon şi a observat că pruritul dispărea când se făcea acest tratament, pentru a reapărea după încetarea tratamentului.

Türck întrebuinţând un extract testicular într'un caz de Fox-Fordyce la un bărbat, menţionează de asemenea efectul bun al preparatului asupra pruritului.

Alţi dermatologi, întrebuinţând în cazuri femenine opoterapia ovariană, fie singură, fie în asociaţie cu razele Röntgen, au obţinut numai ameliorări, ori n'au putut observa nicio modificare.

Extractele hipofizare (Maerz) şi cele suprarenale (Withfield) n'au dat niciun rezultat.

In ce priveşte tratamentul tiroidian, Pardo Castello menţionează un caz vindecat printr'un extract tiroidian asociat cu raze Röntgen.

Neumarck, în fine, semnalează bune rezultate obţinute într'un caz tratat cu insulină.

Dintre agenţii fizici s'a recurs mai frecvent la Röntgenterapie, însă cu aceleaşi rezultate inconstant. Knoweles, Karwonski, Pick, Buchbinder, Sameck, Knossev, Carson, Kemeri, Del Vivo, Maerz, Bacevaroff, etc., n'au obţinut niciun rezultat cu acest tratament.

Guy şi Jacob, Jung, Königstein, Neumarck, au observat ameliorări prin raze Röntgen, în special în ce priveşte pruritul. Konrad afirmă că utilizând raze Röntgen filtrate, câte 2H pe şedinţă, a obţinut o vindecare într'un caz şi o ameliorare în altul. Betz aminteşte de asemenea de un succes cu raze Röntgen, iar Galewski de un caz vindecat prin raze Röntgen şi thorium X.

Kalz a putut obţine o dispariţie a erupţiunii prin raze limită Bucky, însă după 14 zile s'a produs o recidivă, iar Sameck cu acelaşi tratament a avut un efect bun din punct de vedere subiectiv, dar nul

BCU Cluj / Central University Library Cluj

din punct de vedere obiectiv. Gaté şi Ceccaldi au obţinut de asemenea o ameliorare după a patra şedinţă, terminând prin vindecare la 15 zile după ultima şedinţă. Au întrebuinţat în total 8 şedinţe, la 4—5 zile una, prima şedinţă cu 300 r, iar restul cu 200 r fiecare. Mai de curând, Gelbjerg-Hansen afirmă de asemenea că a obţinut vindecarea unui caz cu ajutorul razelor Bucky.

Borx a recurs la distrugerea fiecărei papule prin electroliză, însă procedeul este dureros în regiuni sensibile cum sunt axilele şi areolele mamelonare.

Alţi dermatologi, precum sunt Schönstein, Rajka, etc., recomandă distrugerea leziunilor eruptive prin diatermo-coagulare.

S'a mai recurs încă la zăpadă carbonică (Karwowski, Engelhardt, Königstein, Buchbinder, Knossew, etc.). Rezultatele au fost variabile.

In fine, un tratament radical, de ordin chirurgical constă în extirparea placardelor eruptive axilare (Lenz, Moncorps, Takigawa, Cl. Simon).

*

Atât în cazul a cărui observaţiune am dat-o mai sus, cât şi în cazul prezentat la Soc. Rom. de Dermatologie şi Sifiligrafie de D-r L. Cornea, caz care a fost ulterior sub îngrijirea noastră, am întrebuinţat rând pe rând aproape toate mijloacele terapeutice indicate, dar fără rezultate evidente.

La bolnava noastră, nici razele Röntgen, nici opoterapia ovariană nu ne-au dat rezultate. O ameliorare s'a produs după razele Bucky, însă numai pentru un scurt timp. Bolnava, revăzută aproape în fiecare an până în 1942, sufere încă de afecţiunea ei cutanată, deşi în mod mai atenuat.

In celălalt caz, fiind vorba de un bărbat, am recurs la extracte testiculare, care au produs o uşoară ameliorare. Pensulaţiunile cu gudron mineral şi razele Röntgen, administrate mai înainte, n'au dat rezultate. O diminuare mai simţitoare a pruritului s'a produs însă în urma unei serii de injecţii intra-musculare cu extract de ganglioni (Lymphatine Byla), medicament care în unele încercări anterioare în lichenul Vidal, ni s'a arătat ca având o bună acţiune asupra pruritului.

BIBLIOGRAFIE*)

Bacevaroff B.: Clin. bulgar., 1935. p. 83. Ref. Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 1935, vol. 51, pag. 345. — *Boelstra L. O.:* Nederlandsch tijdschr. v. gencesk. 1921, p. 2213. Ref. Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 1922, vol. 3, pag. 461. — *Bory L.:* Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syph. 1933, pag. 855. — *Bory L.:* Conferinţe asupra dermatozelor şi sifilisului, Vigot-Frères, 1934, pag. 93. — *Brito-Foresti J., J. Malet* şi *H. Santomé:* An. Facult. de Med. Montevideo, 1930, V. XV, p. 273. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1931, vol. 36, p. 439

*) Până în prezent am putut aduna din literatură 228 publicaţii şi diverse comunicări referitoare la boala lui Fox şi Fordyce. Din cauza lipsei de spaţiu, dăm însă aci numai lucrările autorilor citaţi în prezentul articol.

şi Ann. de Derm. et de Syph. 1930. pag. 1338. — *Buchbinder:* Soc. Derm. din Hamburg-Altona. Şed. din 23-24 Febr. 1929. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1929, vol. 30, pag. 169. — *Burnier* şi *Bloch:* Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et de Syphil. 1920, pag. 86. — *Carson L. J.:* Arch. of. Dermat. 1930, pag. 754. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1931, vol. 36, pag. 439. — *Carson L. J.:* Arch. of Dermat. 1931, pag. 169. Ref. f. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1931, vol. 37, pag. 616. — *Chorazak T.* şi *Ostrowski S.:* Przegl. Dermat. 1929. pag. 21. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1929, vol. 30, pag. 478. — *Chorazak T.* şi *Ostrowski S.:* Acta dermato-venerol. 1927, vol. 8, pag. 298. — *Del Vivo:* Giorn. ital. Dermat. 1932, v. 73, pag. 1257. — *Del. Vivo:* Boll. Sez. region. Soc. ital. Dermat. 1931. pag. 237. — *Dohi Sh.:* Arch. f. Dermat. u. Syph. 1930, vol. 159. pag. 611. — *Dowling G. B.* şi *L. Forman:* Proc. roy. Soc. Med. 1932. pag. 1031. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1932, vol. 42, pag. 605. — *Engelhardt W.*: Krankheitsforschung 1927. vol. 5, pag. 245, Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1928, vol. 26, pag. 690. — *Fischer H.:* Soc. derm. Colonia. Şed. din 27 Martie 1925. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1925, vol. 17, pag. 413. — *Fischer H.:* Dermatol. Wochenschr. 1925, vol. 80, pag. 281. — *Fischer H.:* Soc. derm. Colonia. Şed. din 22 Mai 1925. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1926. vol. 18, pag. 146. — *Fischer H.:* Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1926, v. 20, p. 1. — *Fischer H.:* Arch. f. Derm. u. Syph. 1928. vol. 156, p. 583. — *Fordyce:* Journ. of cut. diseases, Mai, 1909. — *Fox H.:* Arch. Dermatol. a. Syphilol. 1921. vol. 3. pag. 860. — *Fox H.:* Arch. of Dermatol. a. Syphilol. 1924, vol. 10 pag. 382. — *Fox H.:* Arch. of Dermatol. a. Syph. 1927, vol. 16, pag. 784. — *Fox H.* şi *Fordyce J. A.:* Journ. of cut. and genito-urinary diseases. Jan. 1902. — *Freund Em.:* Giorn. ital. d. mal. vener. e delle pelle, 1924, p. 1636. — *Freund Em.:* Arch. ital. di dermat. sifilogr. e venerol. 1927, p. 81. — *Galewsky:* Soc. derm. din Dresda. Şed. din 6 Nov. 1929. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1930, vol. XXXII, p. 678. — *Galewsky:* Soc. derm. din Dresda. Şed. din 1 Apr. 1931. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1931, vol. XXXVIII p. 35. — *Gaté J.* şi *A. Ceccaldi:* Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph. 1936, p. 1341. — *Gelbjerg-Hansen:* Soc. derm. daneză, Kopenhaga, 1927, Apr. 6. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1927, vol. XXIII, p. 514. — *Gelbjerg-Hansen:* Soc. Derm. daneză, Kopenhaga. Şed. din 1 Febr. 1939. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. vol. LXV, p. 322. — *Goodmann H.:* Arch. of Dermat. a. Syphilol. 1926, p. 46. — *Goodmann H.:* Acta dermato. menerol. 1927. p. 509. — *Goodmann H.:* Arch. of Dermat. a. Syphilol. 1939. p. 907. — *Gottron:* Soc. derm. din Berlin. Şed. din 8 Dec. 1931. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1932, vol. XI, pag. 446. — *Gougerot H.* şi *Blum P.:* Bull. de la Soc. fr. de dermat. et de syphil. 1932. pag. 700. — *Gougerot H., Blum P.* şi *Olga Eliascheff:* Arch. dermato-syph. Hôp. St. Louis 1932, t. IV, p. 582. — *Gougerot H., Blum P., O. Eliascheff* şi *Mattern:* Bull. de la Soc. fr. de dermat. et de syph. 1932, p. 1341. — *Gougerot H.* şi *Brouet G.:* Bull. de la Soc. fr. de dermat. et de syph. 1935, pag. 1592. — *Grschebin:* Dermatol. Wochenschr. 1933, I. pag. 825. — *Guy* şi *Jacob:* Arch. of Dermatol. a. Syph. 1926 pag. 591. — *Haase:* Journ. of the Americ. med. assoc. 1911, v. 66. — *Haxthausen:* Soc. derm. daneză, Copenhaga. Şedinţa din 3 Oct. 1934. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1935, v. XLIX, pag. 481. — *Hinze:* Russkij vestnik dermatol. 1927, pag. 126. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1927, vol. XXIV, pag. 207. — *Hirschfel R.:* Dermatol. Wochenschrift 1926, vol. LXXXII, pag. 221. — *Jung:* Reuniunea dermat. din Germania

sudvestică, Marburg, 1927, 19—20. Martie. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1927, vol. XXIII, pag. 642. — *Jung:* Dermat. Zeitschrift 1928, vol. LI, pag. 112. — *Justus:* Congr. XIV al Soc. germ. dermat. Dresda, 13—16 Sept. 1925. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1936, vol. XVIII, pag. 531. — *Kalz F.:* Soc. germ. dermat. din Cehoslovacia. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1937, vol. LIV, pag. 210. — *Karrwowski A. v.* şi *Doback:* Arc. f. Dermat. u. Syph. 1924, vol. 148, pag. 76. — *Kémeri D. v.* Soc. ung. de Derm. Şed. din 8 Jan. 1932. Ref. Zentralblatt f. Haut- und Geschlechtskr. 1932 vol. XLI, pag. 297. — *Kémeri D. v.* Soc. ung. de Derm. Şed. din 17 Febr. 1940. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1940. vol. LXV, pag. 193. — *Kiess O.:* Dermatol. Wochenschr. 1924, vol. 78. pag. 1. — *Knoweles, Fr. Crozer* şi *P. Hart-Drant:* Arch. of Dermatol. a. Syph. 1924, vol. X, pag. 478. — *Konrad J.:* Soc. derm. din Viena. Şed. din 22 Jan. 1930. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1930. vol. XXXIV, pag. 27. — *Konrad J.:* Dermat. Zeitschrift 1928. vol. LII, pag. 289. — *Konrad J.:* Soc. derm. austr. din Viena. Şed. anuală din 14 Mai 1936. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1937 vol. LV pag. 187. — *Königstein:* Soc. derm. din Viena. Şed. din 1 Martie 1928. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1928. vol. XXVII, pag. 475. — *Lenz A.:* Soc. derm. din München. Şed. din 15 Nov. 1925. Ref. Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 1926, vol. XIX, pag. 352. — *Lenz A.:* Dermatol. Wochenschr. 1926, vol. 83, No. 45. — *Louste, Lévy-Franckel* şi *Caillau:* Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph. 1928, pag. 239. — *Maerz:* Soc. derm. würtemb. Stuttgardt, 1934, Febr. 17. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1935. vol. L, pag. 273. — *Meirowsky:* Soc. derm. din Colonia. Şed. din 25 Julie 1930. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1931, vol. XXXVI, pag. 529. — *Moncorps:* Soc. germ. din München. Şed. din 20 Junie 1927. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. vol. XXIV, pag. 740. — *Nardelli L.:* Giorn. ital. di Dermatol. e. Syphil. 1926, pag. 1458. — *Netherton E. W.:* Arch. of Dermatol. a. Syphil. 1926, pag. 794. — *Netherton E. W.* Arch. of Dermatol. a. Syphil. 1931, p. 168. — *Neumark S.:* Ann. de dermat. et de Syphil. 1931. pag. 928. — *Nicoletti V.:* Boll. Sez. region. Soc. ital. dermat. 1933, No. 1, pag. 23. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1933, vol. XLVI pag. 47. — *Pardo Castello V.* şi *J. J. Mestre:* Boll de la Soc. cubana de Dermat. y Syphil. Habana, Cuba, 1929, Junie, vol. I, pag. 25. Ref. Ann. de Dermat. et de Syphil. 1930, pag. 114. — *Pautrier M. L.:* Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph. 1929, pag. 157 şi 489. — *Pautrier M. L.:* Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syph. 1936, pag. 1732. — *Pick W.:* Soc. germ. de Dermat. din Cehoslovacia. Şed. din 1 Martie 1925. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1925, vol. XVI, pag. 753. — *Pick W.:* Congr. XIV al Soc. dermat. germane, Dresda, 13—16 Sept. 1925. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1926, vol. XVIII, pag. 481. — *Pick W.:* Soc. germ. de Derm. din Cehoslovacia. Şed. din 19 Junie 1927. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1928, vol. XXV, pag. 163. — *Rasch* şi *Kissmeyer:* Derm. Zeitschr. 1920, vol. XXIX. — *Sameck:* Soc. germ. derm. din Cehoslovacia. Şed. din 9 Martie 1930. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1931, vol. XXXIV, pag. 402. — *Sameck:* Soc. derm. germ. din Cehoslovacia. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1931, vol. XXXVI, pag. 706. — *Sameck:* Soc. derm. germ. din Cehoslov. Şed. din 29 Ian. 1933. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1933, vol. XLV, pag. 622. — *Schönstein A.:* Demonstr. din secţia derm. a spit. isr. din Budapesta. Şed. din 18 Sept. 1925. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1927, vol. XXII, p. 477. — *Schönstein A.:* Demonstr. din secţia derm. a spit. isr. din Budapesta. Şed. din 7 Nov. 1926. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1928. vol. XXVI, pag.

125. — *Schönstein A.:* Soc. derm. ung. Budapesta. Şed. din 25—26 Mai 1929. Ref. Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 1930, vol. XXXII, pag. 686. — *Senear* şi *Wien:* Arch. of Dermatol. a. Syphil. 1928. 18, pag. 788. — *Simon Cl.:* Bul. Méd. 1933, pag. 719. — *Steiger-Kazal D.:* Soc. Derm. ung. Budapesta. Şed. din 11 Aprilie 1930. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1931, vol. XXXV, pag. 454. — *Takigawa K.:* Med. Bildaro Fotogr. 1929, No. 4. Ref. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskr. 1929, vol. XXXI, pag. 320. — *Takigawa K.:* Acta derm. vol. 13, pag. 444. — *Türck N.:* Dermat. Wochenschr. 1927, vol. 84 pag. 326. — *Urbach E.:* Archiv. f. Dermat, u. Syph. 1930. vol. 161, pag. 492. — *Venturi T.:* Giorn. ital. d. Derm. e Syph. 1928, vol. 69, pag. 1315. — *Venturi T.:* Il Dermo-siligr. 1929, pag. 369. — *Walter Fr.:* Dermatol. Woch. 1922, vol. 74, pag. 592. — *Williams:* Arch. of Dermatol. a. Syph. 1925, pag. 284. — *Whitfield A.:* Brit. Journ. of. Dermatol. a. Syph. 1923, pag. 393. — *Withers M. S.:* Arch. of Derm. a. Syph. 1920, No. 1.

Conf. D-r SĂRĂŢEANU FL.: *La maladie de Fox-Fordyce.*

Vue d'ensemble sur la maladie de Fox-Fordyce, basée sur trois observations personnelles.

Il s'agit de 3 cas étudiés et soignés par l'auteur, dont 2 femmes et un homme.

Le premier de ces cas, dont l'observation est publiée in extenso, a été communiqué par l'auteur à la Société roumaine de Dermatologie et de Syphyligraphie dans la séance du 16/XII/1936 et représente *le premier cas observé en Roumanie.*

Il s'agissait dans ce cas d'une jeune fille de 16 ans, atteinte de rhumatisme et d'insuffisance mitrale. Dans ses antécédents il n'y avait ni syphilis ni tuberculose.

L'éruption cutanée existait depuis 8 mois Elle était formée par des papules très prurigineuses qui occupaient les aisselles, l'aréole mamelonnaire, la région génitale et le périné La région ombilicale n'était pas atteinte.

La sécrétion sudorale était normale.

Le prurit était invariablement fort, jour et nuit, accentué par la chaleur, les émotions et la menstruation.

Les divers examens de laboratoire ne montraient qu'une légere anémie et une diminution de l'hormone folliculaire ainsi qu'une augmentation de l'hormone hypophysaire.

Dans ce cas, l'opothérapie ovarienne ainsi que la radiothérapie furent sans effet. Une amélioration passagère s'est produite par des applications des rayons limite de Bucky.

Dans un autre cas, concernant un homme, les applications locales de gudron minéral et la radiothérapie n'ont donné aucun résultat. Une légère amélioration s'est pourtant produite par des injections d'extraits de glandes testiculaires et une diminution sensible du prurit à la suite d'une série d'injections d'extraits de ganglions (Lymphatine Byla).

Conf. D-r SĂRĂŢEANU FL.: *Die Fox-Fordyce'sche Erkrankung.*

Ubersichtsarbeit über die Fox-Fordyce'sche Erkrankung auf 3 persönliche Fälle gestüzt, welche Verf beobachtet und behandelt hat (2 Frauen und 1 Mann).

Der erste Fall, wurde mitgeteilt, als der erste in Rumänien beobachtete, in der Sitzung vom 16 XII/1936 der Rumänischen Dermatologischen Gesellschaft.

Es handelte sich um ein 16 jähr rumänisches Mädchen an Rheuma und Mitralinsuffizienz leidend. Weder Lues noch Tbc. in der Anamnese der Patientin.

Die Hauterscheinungen bestanden seit 8 Monaten Die papelartige Eruption war von starkem Juckreiz begleitet und betraf Achselgegenden, Brustwarzenhöfe, Genitalien und Dammgegend. Zwechfellgegend war nicht betroffen.

Schweissekretion war normal.

Die Juckreiz war gleichmässig gross bei Tag und bei Nacht und wurde gesteigert durch Hitze, Erregungs-Zustände und Menses.

Verschiedene Laboratoriumsuntersuchungen ergaben nur eine leichte Anämie und eine Verringerung des Follikelhormons sowie eine Steigerung des Hypophysehormons.

Bei dem vom Verfasser studierten Fall, waren sowohl Opotherapie als auch Röntgentherapie erfolglos. Eine vorübergehende Besserung konnte man nur infolge der Buckyschen Grenzstrahlbehandlung feststellen.

Bei einem anderen Fall, der einen Mann betrifft, versagten sowohl Teerapplikationen als auch Röntgentherapie. Eine leichte Besserung zeigte sich bei diesem Fall als Folge der Hodenextraktherapie, wobei eine wesentliche Herabsetzung der Juckreizes dank einer Behandlung mit Lymphdrüsenextrakten durch intramuskulare Injektionen erzielt wurde

BELLAFIT

Fiole injectabile, soluţie şi tablete

Antispasmodic energic

conţinând totalitatea alcaloizilor izolate din rădăcină de belladona

ACITETRAMIN

TABLETE

Hidrofosfat de hexametilentetramină

Desinfectant urinar şi biliar

Antiseptic.

Fabrica de produse chimice gedeon richter

BUCUREŞTI, V, Strada LOGOFĂTUL TĂUT, 99. — Tel. 5.69.02

Recto-Serol

MERZ

Antihemoroidal

Heliobrom

MERZ

Antipruriginos

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acykal

MERZ

Antigonococic

Exclusivitate pentru România:

CHIROPTICA

Romulus Popescu s.a.r.

București I, str. Carol 22, Telef. 3.32.10

CONTRIBUȚIUNI LA STUDIUL LEUCOCITOZEI ȘI VACCINĂRII IN TUSEA CONVULSIVĂ

de

D-r ARMAND I. ZORAN
D-r LAZĂR MIRCEA
D-r SILVIA ZAHARIA RĂSVAN
D-r MAGDALENA ZORAN TOADER
Medici secundari
Centrul de Ocrotirea Copiilor
și
Spitalul de Medicină infantilă
Timișoara

Cu ocazia unei epidemii de tusă convulsivă, ivită la Centrul pentru Ocrotirea Copiilor din Timișoara (12 copii), am studiat hematologia și tabloul clinic al acestei afecțiuni, urmărind legătura dintre fenomenele clinice și modificările hematologice. Am urmărit apoi efectul vaccinului în tusea convulsivă, vaccinând toți copii cu vaccinul preparat de Institutul de seruri și vaccinuri „D-r I. Cantacuzino".

Se știe că, în cursul tusei convulsive, în special în perioada convulsivă, se produce o creștere a numărului leucocitelor, variind în medie între 15.000—30.000 leucocite pe mmc. de sânge, după **Hațegan**, 30.000—40.000 după **Degkwitz**, chiar 60.000 după **Feer**, Această leucocitoză se însoțește de obicei de o limfocitoză relativă și absolută.

Leucocitoza și limfocitoza începe, după unii autori în stadiul prodromal, înainte de apariția tusei caracteristice. **I. Nemoianu**, în cercetările făcute în Institutul nostru, ajunge la concluzia că leucocitoza apare în preajma sau deodată cu stadiul convulsiv. După Degkwitz, limfocitoza nu apare decât la începutul stadiului convulsiv. Feer susține că numărul leucocitozelor se mărește numai în 75% din cazuri.

Unii autori au găsit un paralelism între gradul de leuco și limfocitoză și gravitatea tabloului clinic, fapt confirmat și de **I. Nemoianu**. Sunt alții ca de exemplu **Ziegler**, cari neagă acest paralelism.

In general, toți autorii sunt de acord că, leucocitoza și limfocitoza când sunt prezente, constitue un foarte important semn de diagnostic și de diagnostic diferențial, mai ales în prodrom, în formele fruste, și față de tusea imitativă neuropatică.

Vaccinarea în tusea convulsivă, cu bacilii Bordet-Gengou, a fost încercată de mulți autori, cu rezultate variabile.

In ceea ce privește eficacitatea vaccinului, părerile autorilor se pot împărți în trei categorii: Unii au obținut rezultate pozitive, alții rezultate negative, alții rezultate îndoielnice.

Printre autorii, cari susțin eficacitatea vaccinului amintim, în primul rând pe **Bordet**, care, în 1935, cu ocazia zilelor medicale din Bruxelles, a susținut că, mai mulți medici belgieni au obținut, cu vaccinul preparat din bacili Bordet-Gengou, rezultate bune.

L. Maldague (Louvain) a prezentat, tot la acel congres, o statistică cu rezultate favorabile. Acest autor a întrebuințat vaccinul în scop preventiv.

Nemoianu a întrebuințat profilactic vaccinul Neo-Dmetys, nici unul din cei vaccinați nu a făcut boala.

M. F. Barbary, F. Rhor, H. Thurow, Magdalena Schülte, și alții susțin că se obțin rezultate bune, mai ales dacă vaccinul este administrat preventiv sau dela primele accese de tusă.

Hațieganu recomandă de asemenea vaccinoterapia, administrând tot la două zile câte o doză de vaccin, intramuscular sau subcutanat.

Printre autorii cari susțin că, vaccinul nu are eficacitate, nici preventiv nici curativ, îl putem cita în primul rând pe **Degkwitz**. Acest autor susține că, vaccinul nu scutește pe copii de îmbolnăvire și nici nu ușurează întotdeauna mersul boalei. **N. Graninger** și **M. Kemper**, susțin că nu au observat nicio diferență între cei tratați și cei netratați cu vaccin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rezultate îndoielnice a obținut **V. Péchère**, care a întrebuințat pe scară întinsă vaccinul, atât preventiv cât și curativ. Feer susține de asemenea că vaccinurile dau rezultate discutate. El crede că un vaccin mai concentrat ar putea da rezultate bune profilactice.

Vom reda pe scurt cazurile studiate, indicând paralel: tabloul clinic, leucocitoza, limfocitoza și tabloul sanghin. Gravitatea tabloului clinic, am judecat-o după starea generală, temperatură, puls, numărul acceselor pe zi, numărul reprizelor în medie pe acces, numărul acceselor cu congestia feței, hemoragii conjunctivale, epistaxis, vărsături, precum și după numărul și gravitatea complicațiilor.

Am administrat dela început, în toate cazurile, vaccin contra tusei convulsive, preparat de Institutul de Seruri și Vaccinuri „D-r I. Cantacuzino", în următoarele doze: 0,5 cc. vaccin subcutanat tot a doua zi, în total cinci injecții, apoi 1 cc. vaccin subcutanat tot a doua zi, în total de asemenea cinci injecții. Fiecare caz a primit astfel în total 10 doze de vaccin.

CAZUL I: T. Ana,, 4 ani. In antecedente, mama bolnavă de tbc. pulmonară. Starea prezentă: 19 Maiu 1939, starea generală bună, subfebrilitate, ușoară rinofaringită, rareori tușește cu caracter convulsiv. Se administrează 0,5 cc. vaccin, continuând apoi vaccinoterapia, în total zece injecții. Perioada convulsivă propriu zisă se manifestă abia în ziua 4-a, cu accese tipice de tusă cu câte 3—4 reprize, cianoza feței, hemoragii subconjuctivale, epistaxis, vărsături, etc. In ziua următoare, fenomenele clinice ating apogeul cu 36 de accese, cu câte 3—4 reprize în medie pe acces. Leucocitoza 21.000. Limfocitele 71%.

Leucograma: neutrofile 24%, eozinofile 3%, monocite 2%, limfocite 71%. In ziua 5-a a perioadei convulsive apare o bronşită difuză, care durează cinci zile.

Perioada de stare convulsivă a durat în total 20 zile.

Numărul acceselor în medie pe zi: 36—13, cu câte 7—3 reprize.

Leucocitoza a variat între 21.000—11.600. Limfocitoza între 71%—66%.

Perioada de regresiune a început în ziua a 21-a a perioadei convulsive, cu scăderea progresivă a numărului acceselor şi a leucocitozei.

Această perioadă a durat 37 zile. Nr. acceselor: 10—0 la zi.

Leucocitoza: 10.000—6600. Limfocitele: 50%—57%—44%.

La dispariţia acceselor: leucocitoza: 6600. Limfocitele: 35%.

Durata boalei: 62 zile. Diagnosticul: **Tusă convulsivă** de gravitate. mijlocie, complicată cu bronşită.

Observaţii: Leucocitoza maximă: a 2-a zi a perioadei convulsive. Simptomele clinice maxime: a 2-a zi a perioadei convulsive. Perioada de regresiune clinică şi leucocitară a început în ziua 22-a a per. convulsive.

CAZUL II: C. Dumitru, 4 ani. Antecedente personale: spasmofilie, imbecilitate, varicelă.

19 Maiu 1939, fiind în contact de 6 zile cu bolnav de tusă convulsivă, se vaccinează cu 0,5 cc. vaccin, urmând apoi seria de 10 injecţii.

Primele 8 zile starea generală bună, uşoară rinofaringintă. Leucocitoza normală până la 7-a zi, se ridică la 13.400 în ziua 8-a.

Ziua 9-a: bronchopneumonie, leucocitoza: 23.000, durează 4 zile.

Perioada convulsivă începe în ziua a 13-a cu accese tipice de tusă convulsivă. Simptomele clinice ajung la maximum în ziua a 4-a a perioadei convulsive, cu 12 accese, în medie cu câte 3 reprize.

Leucocitoza: 15.400. Limfocitele: 64%.

Leucograma: neutrofile 33%, eozinofile 1%, monocite 2%, limfocite 64%.

Perioada de stare convulsivă a durat 28 zile. Nr. acceselor 10—7, cu 2—1 reprize.

Leucocitoza a variat între: 15.400—10.000. Limfocitoza între: 64%—41%—65%.

Perioada de regresiune a început în ziua a 29-a a perioadei convulsive şi a durat 20 zile. Numărul acceselor: 4—2—0.

Leucocitoza: 10.000—8000—6200. Limfocitoza: 62%—48%—53%.

După dispariţia acceselor: leucocitoza: 6200, limfocitele: 53%.

Durata boalei: 61 zile.

Diagnostic: **Tusă convulsivă,** de gravitate mijlocie, complicată cu bronchopneumonie.

Observaţii: Leucocitoza maximă: a 3-a zi a perioadei convulsive. Simptomele clinice maxime: a 4-a zi a perioadei convulsive. Perioada de regresiune clinică şi leucocitară a început: a 29-a zi a perioadei convulsive.

CAZUL III: D. Aurel, 8 ani. Antecedente personale: rubeolă.

19 Maiu 1939, fiind în contact de 6 zile cu bolnav de tusă convulsivă, se vaccinează cu 0,5 cc. vaccin, urmând apoi seria de 10 injecţii.

În ziua a 5-a începe o rinofaringită cu leucocitoză: 10.200.

Perioada convulsivă începe în ziua a 8-a cu rare accese de tusă convulsivă, leucocitoza: 11.400. Simptomele clinice ajung la maximum a 4-a zi a perioadei catarale, cu 19 accese, cu intensitate mijlocie, cu câte 3—4 reprize.

Leucocitoza: 12.200, limfocitele: 63%.

Leucograma: neutrofile: 28%, eozinofile: 4%, monocite: 3%, limfocite: 63%, metamielocite neutrofile: 2%.

După două zile face o bronşită care durează două zile.

Perioada de stare catarală a durat 14 zile.

Numărul acceselor: 19—9, de intensitate mijlocie, cu câte 3—4 reprize (numărul acceselor în medie pe zi).

Leucocitoza a variat între 15.800—12.200, limfocitele: 63%—40%.

Perioada de regresiune a început în ziua a 15-a a perioadei catarale.

Numărul acceselor pe zi: 10—5—0, cu câte 1—2 reprize.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Leucocitoza: 10.000—12.000—8800, limfocitele: 43%—52%—36%. După dispariţia acceselor: leucocite: 8800; limfocite: 36%.

Durata boalei: 37 zile.

Diagnosticul: **Tusă convulsivă** uşoară, complicată cu bronşită.

Observaţii: leucocitoza maximă: a 11-a zi a perioadei convulsive. Simptomele clinice maxime: a 4-a zi a perioadei convulsive. Regresiunea fenomenelor clinice şi a leucocitozei a început în ziua a 15-a a perioadei convulsive.

CAZUL IV: D. Versavia, 8 ani. In antecedente personale: rubeolă.

19 Maiu 1939, fiind în contact de 6 zile cu bolnav de tusă convulsivă, se vaccinează cu 0,5 cc. vaccin,, urmând apoi seria de 10 injecţii.

In ziua a 5-a apare o uşoară rinofaringită, leucocitoza rămâne normală.

Perioada convulsivă începe în ziua a 8-a, accesele ajungând la apogeu după 4 zile, cu:

Numărul acceselor: 17 cu câte 2—3 reprize.

Leucocitoza: 10.800, limfocitele: 66%.

Leucograma: neutrofile: 20%, eozinofile: 11%, monocite: 2%, limfocite: 66%, metamielocite neutrofile: 1%.

Perioada de stare convulsivă a durat 16 zile.

Numărul acceselor pe zi: 17—9, cu câte 3—2 reprize.

Leucocitoza: 10.800—13.800—10.800, limfocitele: 66%—38%.

Perioada de regresiune a început în ziua a 17-a a perioadei convulsive.

Numărul acceselor pe zi: 7—3—0, cu câte 2—1 reprize.

Leucocitoza: 10.80—9400—6000. Limfocitele: 38%—45%—41%.

Leucocitoza după dispariţia acceselor: 6000, limfocitele: 41%.

Această perioadă a durat 18 zile.

Durata boalei: 37 zile.

Diagnosticul: **Tusă convulsivă** uşoară.

Observaţii: simptomele clinice maxime a 10-a zi a perioadei convulsive. Leucocitoza maximă: a 4-a zi a perioadei convulsive. Perioada de regresiune: a 16-a zi a perioadei convulsive.

CAZUL V: Sz. Hildegarda de 3 ani. Antecedente fără importanţă.

19 Maiu 1939, fiind în contact de 6 zile cu bolnav de tusă convulsivă, se vaccinează cu 0,5 cc. vaccin, urmând apoi seria de 10 injecţii.

In ziua a 5-a apare o rinofaringită uşoară, leucocitoza: 7600.

Perioada convulsivă începe în ziua a 8-a cu rare accese tipice, care ajung la apogeu în ziua a 4-a, când copilul are 18 accese cu câte 3—4 reprize.

Leucocitoza: 18.000, limfocite: 58%.

Leucograma: neutrofile: 37%, eozinofile: 2%, monocite: 1%, limfocite: 58%, metamielocite neurotrofile: 2%.

Perioada de stare convulsivă a durat 14 zile.

Numărul acceselor pe zi: 18—9, cu câte 4—2 reprize.

Leucocitoza: 14.800—18.000—14.200. Limfocitele: 58%—46%.

Perioada de regresiune a început în ziua a 15-a, a perioadei convulsive şi a durat 19 zile.

Numărul acceselor: 7—5—3—0, cu câte una repriză.

Leucocitoza: 10.200—10.800—7400. Limfocitele: 46%—42%—49%.

Durata boalei: 36 zile.

Diagnosticul: **Tusă convulsivă** uşoară.

Observaţii: simptomele clinice maxime în ziua a 4-a a perioadei convulsive. Leucocitoza maximă în ziua a 4-a a perioadei convulsive. Perioada de regresiune clinică şi leucocitară a început în ziua a 15-a a perioadei convulsive.

CAZUL VI: M. Salvina de 7 ani. Antecedente personale: mixoedem frust.

19 Maiu 1939, fiind în contact de 6 zile cu bolnav de tusă convulsivă, se vaccinează cu 0,5 cc. vaccin, urmând seria de 10 injecţii.

In ziua a 5-a apare o uşoară rinofaringită, cu tusă necaracteristică.

Această stare durează 4 zile, apoi simptomele clinice dispar.

Cluj Central University Library Cluj

Leucocitoza, la început: 8800, începe să crească, ajungând în ziua a 7-a la 11.800, în ziua a 12-a: 13.800, menținându-se ridicată până în ziua a 17-a, când începe să scadă progresiv, ca în ziua a 28-a să ajungă la 6800.

Curba leucocitară a urmat deci un traect asemănător cu cel din tusa convulsivă, fără ca să se fi observat vreodată la copil tusea caracteristică. Afară de rinofaringita ușoară dela început, copilul nu a prezentat alte simptome clinice. Observația a durat 32 de zile.

Diagnosticul: rinofaringită, **Tusă convulsivă** formă frustă.

CAZUL VII: Z. Floare, de 9 ani. In antecedente mama tbc. pulmonar, copilul paralizie infantilă.

19 Maiu 1939, fiind în contact de 6 zile cu bolnav de tusă convulsivă se vaccinează cu 0.5 cc. vaccin, urmând seria de 10 injecții.

Nu face boala. Leucocitoza: 7600—6600.

In ziua a 15-a face fenomene apendiculare, cu leucocitoza 18.000.

CAZUL VIII: K. Matei, de 8 ani. In antecedentele personale: varicelă, rugeolă, **rubeolă.**

19 Maiu 1939, fiind în contact de 6 zile cu bolnav de tusă convulsivă, se vaccinează cu 0.5 cc. vaccin, urmând seria de 10 injecții.

In observație: 32 zile. Leucocitoza: 7800—5400. **Nu face boala.**

CAZUL IX: B. Victor, de 12 ani. In antecedentele personale: rugeolă.

19 Maiu 1939, fiind în contact de 6 zile cu bolnav de tusă convulsivă, se vaccinează cu 0.5 cc. vaccin, urmând seria de 10 injecții.

In observație: 32 zile. Leucocitoza: 7400—5800. **Nu face boala.**

CAZUL X: M. Maria, de 7 ani. Antecedente fără importanță.

19 Maiu 1939, fiind în contact de 6 zile cu bolnav de tusă convulsivă, se vaccinează cu 0.5 cc. vaccin, urmând seria de 10 injecții.

In observație: 32 de zile. Leucocitoza: 8800—6600. **Nu face boala.**

CAZUL XI: R. Maria, de 13 ani. Antecedente: mama a suferit de sifilă, tbc. pulmonar. Antecedente personale: febră tifoidă, varicelă.

19 Maiu 1939, fiind în contact de 6 zile cu bolnav de tusă convulsivă, se vaccinează cu 0.5 cc. vaccin, urmând seria de 10 injecții.

In observație: 32 de zile. Leucocitoza: 8600—5600. **Nu face boala.**

CAZUL XII: I. Gheorghe, de 13 ani. Antecedente fără importanță.

19 Maiu 1939, fiind în contact de 6 zile cu bolnav de tusă convulsivă, se vaccinează cu 0.5 cc. vaccin, urmând seria de 10 injecții.

In observație: 32 de zile. Leucocitoza: 7600—6400. **Nu face boala.**

Toți acești copii au fost izolați de restul copiilor din Institutul, într'un singur salon.

Dacă facem o privire de ansamblu asupra cazurilor amintite, vom observa următoarele:

Izolarea s'a făcut în aceeași zi, la toți cei 12 copii, cari de altfel erau în același salon. In momentul izolării, unii erau în incumbație, iar alții în faza de prodrom. Fiind toți din același salon, toți pot fi considerați contaminați.

Chiar din prima zi li s'a administrat acestor copii, vaccin contra tusei convulsive, urmând o serie de 10 injecții, primele 5 de câte 0.5 cc., iar ultimele 5 de câte 1 cc.

Din cei 12 copii vaccinați au făcut tusa convulsivă cinci, al șaselea a făcut cel mult o formă frustă, iar ceilalți șase nu au făcut boala. Din cei cinci bolnavi, primul (izvorul de infecție) a făcut o formă de gravitate mijlocie, de asemenea și cel de al doilea, iar ceilalți trei au făcut forme ușoare.

Vaccinarea nu a influențat leucocitoza, întru cât cei cari nu au făcut boala, deși vaccinați, au prezentat o leucocitoză normală. Vaccinarea a avut în cazurile noastre un efect atenuant asupra boalei, acest efect a fost cu atât mai accentuat, cu cât a surprins boala într'o fază

incipientă. Vaccinarea a avut o acțiune preventivă netă, întru cât dintre cei 12 contacți, 7 nu au făcut boala, deși au avut contact cu cei bolnavi.

Leucocitoza și limfocitoza: In toate cazurile cari au făcut boala, am găsit o leucocitoză însoțită de limfocitoză.

Leucocitoza a însoțit fidel evoluția boalei, numărul leucocitelor începând să se mărească cu 1—2—3 zile înainte de începutul perioadei convulsive, a crescut apoi progresiv cu fenomenele clinice, ajungând la apogeu, uneori deodată cu aceste fenomene, alteori cu câteva zile mai târziu.

Leucocitoza s'a menținut relativ ridicată în tot timpul perioadei convulsive și a început să scadă sub 10.000 la începutul perioadei de regresiune, concomitent cu diminuarea fenomenelor clinice. Limfocitoza a fost în toate cazurile prezentă până la apogeul leucocitozei, începând dela acest moment, limfocitoza uneori a urmat leucocitoza, în alte cazuri a prezentat un caracter oscilant, revenind la normal și apoi ridicându-se din nou.

Intre intensitatea fenomenelor clinice și mărimea leucocitozei, am observat un oarecare paralelism. Limfocitoza însă, a evoluat independent de gravitatea fenomenelor clinice sau de mărimea leucocitozei.

Momentul regresiunii mai pronunțate a fenomenelor clinice a coincis în toate cazurile cu o diminuare mai accentuată (sub 10.000) a leucocitozei. Ar fi interesant de cercetat dacă acest moment coincide cu dispariția contagiozității. Nemoianu afirmă că, dispariția limfocitozei pare a marca și dispariția contagiozității.

Concluziuni: Vaccinarea cu vaccin contra tusei convulsive, preparat de Institutul de Seruri și Vaccinuri „D-r I. Cantacuzino", a avut în cazurile studiate de noi, o acțiune profilactică netă și o acțiune curativă atenuantă. Eficacitatea vaccinului a fost cu atât mai mare cu cât s'a administrat mai apropiat de momentul contagiunii.

Leucocitoza a fost întotdeauna prezentă, începând cu câteva zile înaintea perioadei convulsive și evoluând cu boala.

Am observat mai ales o coincidență netă între începutul perioadei de regresiune clinică și scăderea mai accentuată a leucocitozei.

Limfocitoza a fost întotdeauna prezentă la începutul perioadei convulsive și a devenit variabilă în restul boalei.

D-r A. I. ZORAN, D-r L. MIRCEA, D-r S. ZAHARIA-Răsvan. D-r M. ZORAN-TOADER: Contributions à l'étude de la leucocytose et de la vaccination dans la coqueluche.

La vaccination avec du vaccin contre la coqueluche préparé par l'Institut de Sérums et Vaccins „D-r I. Cantacuzino" a eu dans les cas étudiés par nous, une action profilactique nette et une action curative attenuante. L'éfficacité du vaccin a éte d'autant plus grande, que son administation a été plus proche du moment de la contagion.

La leucocytose a été toujours présente. Elle a commencé quelques jours avant la période convulsive et a évolué avec la maladie. Nous avons surtout remarqué une coïncidence nette entre le début de la période de régression clinique et la diminution plus accentuée de la leucocytose.

La lymphocitose a été toujours présente au début de la période convulsive. Elle est, par contre, devenue variable au courant de la maladie.

In Insomnie, Nervozitate, Nevralgii

CEREBROSAN

SIROP

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 linguriţe
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare.

NOU! NOU!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

AVITAMINOZELE C

CITAMINO Dr. Wander

TABLETE

1 tabletă = 0,05 gr. Vitamină C

Tuburi cu 20 tablete.

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Dr. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice,
Bucureşti II, Bul. Bucureştii-Noi No. 90

D-r A. I. ZORAN, D-r L. MIRCEA, D-r S. ZAHARIA-Răsvan, D-r M. ZORAN-TOADER: Beiträge zum Studium der Leukozitose und Schutzimpfung bei Keuchhusten.

Die Behandlung mit Keuchhustenvaczin (Préparat des serotherapeutischen Institutes D-r I. Cantacuzino) hatte in allen von uns studierten Faellen profylaktisch eine evidente, was die Heilung betrifft, eine wesentlich günstige Wirkung. Und zwar war die Wirkung des Serums umso vorteilkafter, je früeher (naeher dem Momente der Infection die Behandlung mit dem Vaczine einsetzte.

Jederzeit war Hyperleucozytose vorhanden, Sie begann einige Tage vor dem Eintreten der eigentlichen Keuchhustenperiode, entwickelte sich dann parallel mit den klinischen Symptomen, Vor allem konte man mit Sicherheit einen Zusammenhang zwischen dem Beginne der klinischen Nachlassperiode und einer deutlichen Verminderung der Leucozyten feststellen.

Lymfozytose fehlte niemals zu Beginn der Kouchhustensperiode und nahm dann während des Ablaufes der Erkrankung einen wechselnden Charakter an.

D-r A. ZORAN, D-r L. MIRCEA, D-r S. ZAHARIA-Răsvan, D-r M. ZORAN-TOADER: Contributi allo studio della leucocitosa e vaccinazione nella pertosse.

La vaccinazione col vaccino preparato dall'Istituto di sieri e vaccini „D-r I. Cantacuzino" ha avuto, nei casi studiati da noi, un effetto curativo attenuante, un effetto profilattico importante. L'effetto del vaccino fu tanto piu grande, quanto piu e stato applicato vicino al momento del infezione.

La leucocitosa è sempre stata pfesente comminciando con pochi giorni prima del periodo convolsivo e svolgendosi colla malattia. Ho osservato specialmente una coincidenza nota, tra il principio del periodo di regresso clinico e la scesa piu accentuata della leucocitosa.

La limfocitosa fu sempre presente al principio del periodo convolsivo, e diveno variabile nel resto della malattia.

BIBLIOGRAFIE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bordet J.: Traitement de la coqueluche. Archives de Médecine des Enfants, 1935, tome 38, Nr. 12, pag. 751. Une excursioa pédiatrique à Bruxelles.

Barbary M. F. (Nice): La coqueluche et l'hygiène infantile. La Presse Medicale. 1936. Febr. 8. Nr. 12, pag. 238.

Degkwitz R.: Keuchhusten. ehrbuch der Kinderheilkunde von: Ph. Hamberger, R. Dogkwitz, E. Glanzmann, F. Goebel, I. Jochims, W. Keller, E. Rominger, A. Wiskott, Berlin 1942, pag. 367.

Feer E.: Keuchhusten Lehrbuch der Kinderheilkunde, Jena, 1941 pg.

Grüninger U. şi Kempfer W.: Verlaufskure des Keuchhustens, Nr. 393. Kinderärtzliche Praxis, 1938 Febr., Heft 2, pag. 81.

Haţieganu-Goia: Tusea convulsivă. Semiologia şi patologia medicală 1939, vol III, pag. 149.

Maldague L.: Traitement de la coqueluche. Archives de Médecine des Enfants 1935, Dec. tome 38 Nr. 12, pag. 751.

Nemoianu I.: Contribuţiuni la hematologia tusei convulsive. Revista de igienă socială Nr. 12, 1931, pag. 1063.

Péchère V.: Traitement de la coqueluche. Archives de Médecine des Enfants 1935, Dec. tome 38 Nr. 12, pag. 451.

Rohr F. şi Turow H.: Über Keuchhustensbehandlung mit Petein. Kinderärtzliche Praxis, 1938, Febr. Heft 2, pag. 81.

Schütte Magdalena: Höhenflüge mit Keuchhustenkranken. Kinderärtzliche Praxis 1940, März, Heft 3. pag, 77.

ICTERUL CATARAL EPIDEMIC SAU HEPATITA ACUTĂ ICTERIGENĂ INFECȚIOASĂ EPIDEMICĂ BENIGNĂ IN CAMPANIA DIN RĂSĂRIT

de

D-r GABRIEL DONICEANU
Medic spital Malini — Baia

In campania din răsărit din vara și toamna anului 1942 și în iarna lui 1943, a apărut printre trupele noastre din zona de operațiuni a Crimeei și Caucaz, o veritabilă epidemie de icter infecțios catarai benign, care a atins un număr considerabil de ostași. Așa spre exemplu, Divizionul 1/4 Art. Câmp, a cărui medic am fost și care a acționat la Sevastopol și pe litoral la Feodosia, a avut de înregistrat 40% îmbolnăviri din efectivul trupei și 60% din al ofițerilor.

Spitalul 7 Campanie ospitalizase până la data de 20 Februarie 1943, când am fost și eu internat în acel spital, peste 600 cazuri de icter epidemic, iar spitalul 16 Campanie care a activat în Caucaz, a internat în mai puțin de 3 luni peste 1200 cazuri de icter epidemic, fiind nevoit să formeze o secție specială de icterici. Dacă la aceste cazuri se mai adaugă și numărul celor tratați la unități și ambulanțe, proporția de îmbolnăviri se urcă la cel puțin 50% din efective.

Apariția acestei epidemii a dat loc la discuții în ceea ce privește etiologia, incriminându-se la început alimentația, care era comupsă din alimente conservate, deci lipsite de vitamine și cu o valoare alimentară redusă, susceptibile de a produce intoxicări.

Această ipoteză a fost exclusă prin faptul că s'a dat menuul comun cu al trupelor germane, variat și bogat în principii alimentare și totuși epidemia de icter a continuat cu aceeași intensitate.

S'a crezut în existența unor țânțari, care prin mușcătura lor ar inocula o substanță toxică electivă pentru căile biliare și care ar produce icterul; și această ipoteză a fost exclusă prin persistența epidemiei în sezonul de iarnă când țânțarii au dispărut.

In fine cercetările s'au îndreptat asupra apei de băut, care în Crimeea și Caucaz, mai ales în unele regiuni apa este puțin potabilă, dură cu gust neplăcut care nu satisface setea. La analizele bacteriologice ale apei executate de serviciul de profilaxie și bacteriologie ale armatei, s'a constatat prezența bacilului coli în aceste ape, semn că ele erau contaminate de materii organice.

Şi aci s'au născut discuţiuni pro şi contra, deoarece trupele noastre fusese vaccinate antitifo-paratific. S'a admis totuşi în cele din urmă că tot un bacil tific ar fi cauza acestei epidemii, dar o varietate icterigenă cu electie pentru căile biliare. Această prezumţie a fost confirmată de evoluţia clinică a boalei, de examenele serologice, bacteriologice şi anatomo-patologice, care toate au dovedit originea tifo-paratifică a epidemiei la care se adaugă şi caracterul curbei de tip estivo-automal.

Hepatita icterigenă acută infecţioasă a fost observată în toate războaiele, cea mai recentă fiind în 1916 printre trupele anglo-franceze dela Dardanele şi cea care a atins trupele italiene ce luptau pe Isonzo, dând numeroase cazuri. In Moldova, în 1917, s'a ivit o epidemie de ictер infecţios epidemic printre trupele Armatei I-a şi printre populaţia civilă, epidemie care a fost bine studiată clinic şi bacteriologic de Prof. D-r I. Cantacuzino şi de elevul său D-l Prof. D-r Bălteanu.

Ca etiologie, P. Carnot afirmă că icterul infecţios este produs de o varietate icterigenă a microbilor tifici şi paratifici.

Prof. Cantacuzino a incriminat o rasă specială autonomă icterigenă a paratificului B. Aceste afirmaţiuni au fost probate pe deoparte prin hemocultură şi prin reacţia de aglutinare care au fost pozitive, iar pe de altă parte boala a fost provocată experimental la persoane sănătoase care s'au supus benevol experienţelor, prin îngerarea de culturi de paratifici izolate dela bolnavii icterici.

Jager a pretins că ar mai fi şi unii protei care în condiţiuni speciale pot produce o epidemie de icter.

Ca factori predispozanţi în ivirea epidemiei se citează gastro-enteritele ivite anterior cu caracter epidemic şi alte boli contagioase ca tifosul recurent şi exantematic, precum şi alimentaţia defectuoasă.

Hepatita care constituie leziunea anatomică a acestei varietăţi de icter, se produce pe cale hematogenă şi mai rar pe cale ascendentă angiocolitică sau portală de origină intestinală.

Evoluţia clinică a boalei se face în două faze: o perioadă primă zisă de debut 2—5 zile ce se caracterizează prin frisoane, febră 38—40 grade, turburări digestive, anorexie, greţuri şi vărsături, constipaţie sau diarie, turburări nervoase, cefalee, ameţeli, insomnie.

După care urmează a doua perioadă zisă de stare când febra şi frisoanele încetează, perzistă turburările digestive şi nervoase, apare coloraţia icterică a conjunctivelor şi tegumentelor, coloraţia brună a urinei şi decolorarea scaunului.

Această perioadă se mai caracterizează prin hipotermie, hipotensiune, oboseli şi slăbire. Ca simptome obiective clinice se constată coloraţia galbenă a pielei şi conjunctivelor, la cord bradicardie uşoară, splina şi ficatul mărite de volum şi sensibile. Abdomenul meteorizat, dureros la palpare în fosa iliacă dreaptă, epigastru şi hipocondru drept, o slăbire generală ce poate fi foarte pronunţată uneori, iar în sânge o iperleucocitoză şi în urină pigmenţi biliari.

In general după 10—15 zile, tegumentele şi conjunctivele încep să se decoloreze şi convalescenţa se anunţă prin criză poliurică cu iperazoturie. Sunt însă şi cazuri cu evoluţie prelungită, aci pot cita cazul meu, care a durat 68 zile.

S'au semnalat şi recidive, chiar în Divizionul meu au fost două cazuri.

Necropsia a arătat la cazurile letale: atrofia acută galbenă a ficatului, edem cerebral, hipertrofia splinei, hipertrofia ganglionilor mezenterici şi ulceraţiuni pe colonul ascendent şi intestinul subţire, asemănătoare cu ulceraţiunile din paratifus. Însămânţările din splina unui bolnav făcute de D-l Medic Maior D-r Sonea a reuşit să izoleze un bacil paratifus A. La toate cazurile de icter epidemic s'a efectuat şi analiza serologică Vidal şi a fost găsită pozitiv.

Tratamentul constă în repauz, regim lacto-vegetarian la cazurile uşoare, lactat în cazurile grave. Ca medicamente urotropină per os, sol. Bourget, cilotropin intravenos, ser glucozat 20—30%, vitamina C. în formele febrile şi prelungite. Sunt contra indicate sulfamidele.

Pentru exemplificare voi reda aci propria mea observaţie şi încă două cazuri tipice tratate de mine în infirmeria Divizionului.

OBSERV. I. — Medic Slt. G. D. intră în spitalul 7 Campania, la 22 Februarie 1943, pentru coloraţie galbenă a tegumentelor şi conjunctivelor, dureri hipocondru drept, greţuri, vărsături, cefalee, ameţeli, constipaţie.

A. C. rugeolă, malarie, pleorezie sero-fibrinoasă.

Istoric: Bolnav de 3 săptămâni a debutat cu durere abdominală, greţuri, anorexie, stare subfebrilă, iar după trei zile a apărut coloraţia galbenă a conjunctivelor şi tegumentelor.

Starea prezentă: tegumentele şi mucoasele colorate maro-galben.

Pulmon: Frecături pleurale la baza dreaptă. Cord normal. Ficat în limite normale, splina percutabilă pe 2 laturi de deget. Abdomen suplu, sensibil la palpare în hipocondru drept şi pe traectul colonului. Urina intens colorată în brun cu oligurie. Examenul urinei: reacţia alcalină, alb. — absent, sânge neg., pigmenţi biliari pozitiv intens. Sediment f. mulţi uraţi amorfi, rari leucocite, celule epiteliale şi mucină.

Tratament: Oral sulfat de sodiu 20 gr. la 2 zile, atofan alternat cu urotropină, injecţie venoasă cu ser glucozat 20%, limonadă lactică, regim lacto-vegetarian. Evoluţia boalei a fost de circa 68 zile până la criza poliurică.

OBSERV. II. — Serg. H. I. este reţinut în infermeria Divizionară la 12 Dec. 1942, pentru coloraţie galbenă a tegumentelor şi conjunctivelor, cefalee, ameţeli, febră 38, anorexie, constipaţie, greţuri şi vărsături.

A. C. fără importanţă.

Istoric: Boala datează de 48 ore şi a debutat cu frison, febră, constipaţie, stare generală rea.

Starea prezentă: De talie înalt, tip atletic. Tegumentele şi conjunctivele colorate în galben cu prurit, limba saburală, anorexie. Nimic la pulmon şi cord, afară de o uşoară bradicardie. Abdomenul relativ suplu, sensibil în hipocondrul drept, fosa iliacă şi pe traiectul colonului, oligurie.

Tratament: Oral urotropină, benzonaftol, sulfat de sodiu. Regim lacto-vegetarian. Vindecare în 15 zile.

OBSERV. III. — Sold. A. N. e reţinut în infermeria Divizionară la 10 Ian. 1943, pntru coloraţie galbenă a tegumentelor şi conjunctivelor, anorexie, ameţeli, cefalee, greţuri. constipaţie. Urini închise la culoare, oligurie.

A. C. fără importanţă.

Istoric: Boala datează de trei zile, şi a debutat cu fiori, febră, transpiraţie, anoroxie şi constipaţie.

Starea prezentă: De talie mijlocie, tip atletic. Tegumentele şi conjunctivele colorate în galben cu prurit, cefalee, ameţeli, anorexie. Nimic de semnalat la torace, abdomenul suplu meteorizat, dureros în hipocondrul drept şi fosa iliacă, constipaţie. Trat. oral: sulfat de sodiu, urotropină, alternat cu atofan. Regim lacto-vegetarian. Vindecare în 12 zile.

Observaţiile cazurilor tratate de mine la infirmeria Divizionară sunt stereo-tipice, deoarece au fost toate cazuri uşoare, subfebrile sau afebrile. Cazurile febrile şi prelungite au fost evacuate la ambulanţă şi spitale de campanie. Epidemia de ictere catarale epidemice a început să fie jugulată în primăvara anului 1943, datorită măsurilor profilactice luate de medicii unităţilor şi care au constatat în consumarea apei de băut numai fiartă şi răcită, spălarea deasă a mâinilor, utilizarea latrinelor de campanie, fierberea alimentelor, complectarea vaccinărilor antitifo-paratifice la trupă şi ofiţeri. Această epidemie prin numărul relativ important de atingeri în efectivele trupelor, a provocat pe lângă micşorarea potenţialului de luptă a unităţilor, şi o muncă deosebită medicilor şi formaţiunilor sanitare, care am străduit în recuperarea şi redarea frontului a acestor energii. Au fost relativ foarte puţine cazuri letale. Datorită măsurilor luate la timp cu energie şi perspicacitate, epidemia a putut fi jugulată, dar ea va rămâne înregistrată în istoria armatei române.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ULMARA

„Gamma"

FRICŢIUNE LICHIDĂ

Antireumatic,
Analgetic,
Revulsiv.

Reprezentanţa pentru România: S. I. F. s. a. r.
Bucureşti IV, Avram Iancu, 32
Telefon 5.51.51

CONTRIBUŢIUNI ASUPRA TRAUMATISMELOR ABDOMINALE

de

D-r TRAIAN GEORGESCU – Caracal

In cazul nostru clinic, traumatismul peretelui abdominal anterior se produce lent şi progresiv şi are ca efect producerea unui hematom supurat ce ţine de venele ovariene drepte şi cu sediu retroperitoneal. Leziunea este singulară şi strict vasculară, fără a interesa alte viscere. Se intervine, se videază hematomul şi se lasă o dublă coroană de drenaj: un drenaj central al cavităţii hematomului şi un drenaj al marei cavităţi peritoneale — ce a servit totodată şi de izolare, nefiind posibilă o sutură între peritoneul parietal fost şi cel anterior. Mers postoperator normal. Trebue să scoatem în evidenţă: particularitatea traumatismului, care nu acţionează brusc ci lent; singularitatea leziunii vasculare, sediu retroperitoneal al hematomului.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Literatura traumatismelor abdominale, înfloreşte rapid în urma acestui război şi în special capitolul plăgilor penetrante abdominale cu leziuni viscerale asociate.

Funcţionând în anii 1942 şi 1943, la Spitalul 10 Campanie lângă Stalingrad, am avut ocazia să remarc prognosticul grav al plăgilor penetrante cu leziuni viscerale asociate, provocate de schije de Brandt, în comparaţie cu cele de glonte, mai benigne şi mai puţin frecvente în acest război.

Urmărind mai multe cazuri, am ajuns la concluzia că această malignitate este atribuită dilacerărilor provocate de schije în ţesuturile interesate şi mai ales turburărilor de irigaţie abdominală, în urma acţiunii schijei de Brandt.

Atât la cazurile operate cât şi la necropsiile făcute, am găsit trombusuri ale mezentericelor, în faţa cărora reparaţia celorlalte leziuni viscerale devenea utilă, rănitul sucombând cu simptome de infarct mezenteric.

Dacă în actualul război, acest corp vulnerant „Schija de Brandt" ne-a surprins cu aceste leziuni viscerale — care n'au fost în celelalte războaie — în timp de pace găsim numeroase cazuri de rupturi ale vaselor mezenterice, în marea majoritate cu hemoragii fudroyante, urmate de moarte.

Cazurile, ce din fericire merg la închistare, sunt rare şi n'am

găsit niciunul al venelor ovariene, ca în cazul nostru. La cele supurate se recomandă sutura peritoneului, pentru a readuce hematomul extraperitoneal, iar cât privește tratarea celorlalte leziuni se recomandă multă prudență fără însă a ne indica o tehnică operatorie apropriată.

In anul 1942, apare cartea D-lui D-r V. V. Pătrășcanu „Traumatismele abdominale" cu o clasificație a acestor leziuni, carte ce poate fi fără modestie intitulată: tratat. Nu am găsit în literatura streină o lucrare asemănătoare și mai ales cu un așa de mare număr de observații clinice personale.

In practica noastră chirurgicală din timp de pace eram călăuziți de H. Mondor cu „Diagnostice urgente" — abdomen — iar la primul contact cu frontul am simțit o lacună, faptul că de aceste traumatisme Mondor nu se ocupă în abdomenul acut.

Traumatismele abdominale descrise de D-l D-r V. V. Pătrășcanu, trebue să fie cunoscute de fiecare chirurg care merge pe front.

D-sa le împarte: în contuzii abdominale și plăgi penetrante abdominale, le descrie pe fiecare după gravitate, leziuni asociate, viscerele mai frecvent lezate, cum și tratamentul făcut.

Ținând seama de această clasificare, dăm mai jos observația clinică a unui traumatism abdominal.

Foaie de observație clinică: Elena P. Stancu de 39 ani, din comuna Vlădila, jud. Romanați, se internează în Serviciul de Chirurgie al Spitalului „Smeralda Greceanu" din Caracal, în dimineața zilei de 7 August a. c., pentru: 1. Dureri în regiunea ombilicală și fosa iliacă dreaptă; 2. Inapetență; 3. Constipație.

Istoric: In ziua de 4 August a. c., bolnava împingând un car a cărui oiște era sprijinită în regiunea ombilicală, după mai multe eforturi succesive, are dureri violente în abdomen, cărora însă nu le dă atenție și-și continuă munca până seara. Intre timp, durerile se atenuiază și dispar. Seara reapar cu aceiași violență, întinzându-se de data aceasta din fosa iliacă dreaptă până în regiunea ombilicală, unde se pierd. Spre a le potoli, își aplică comprese reci pe abdomen.

In zilele ce preced internarea în spital, 5—6 August a. c., durerile iau un aspect continuă, fiind mai accentuate în fosa iliacă dreaptă. Nu are vărsături, prezintă inapetență și constipație care se rezolvă parțial în urma unei clisme.

Antecedente personale: 1. Neagă maladii infecto-contagioase; 2. Ciclurile menstruale normale; 3. Patru sarcini la termen, dintre care 3 în viață. Nu poate preciza cauza morții celui de al 4-lea copil.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Stare prezentă: La internare prezintă puls frecvent, mic, nesusținut; tegumente și mucoase ușor palide, afebrilă. Se plânge de dureri abdominale. Din partea celorlalte organe, nimic deosebit.

La examenul abdomenului, bolnava localizează dureri în fosa iliacă dreaptă și regiunea ombilicală. La inspecție se observă fosa iliacă dreaptă ocupată de o tumoră ce proemină, fără nicio echimoză a peretelui.

La palpatul superficial nu are apărare musculară, ci numai sensibilitate. La palpatul profund — care nu se face cu insistență — bolnava are o ușoară apărare musculară.

Tușeu rectal negativ. La examenul genital nimic deosebit din partea uterului și anexei stângi. Prin fundul de sac lateral drept se simte o tumoră de mărimea unui cap de făt, fără mobilitate, cu părți dure și părți fluctuente. Mișcările imprimate uterului nu influențează de loc tumora.

Pozițiile declive: dreaptă, stângă, Trendelenburg nu modifică sediul tumorei.

La 12 ore dela examenul genital, la vizită şi numai la inspecţie se găseşte tumora mărită. In noaptea următoare, bolnava are dureri şi temperatură. Dimineaţa următoare are scaun spontan, dar simptomele se accentuează şi se însoţesc de greaţă, simulând simptomatologia unui chist ce se torsionează.

Din anameza luată anterior, reese că nu a suferit niciodată de dureri abdominale.

Durerile mărindu-se şi febra crescând, noi având diagnosticul unui proces supurat abdominal sau o torsiune de chist, pentru a evita o ruptură cu peritonită generalizată consecutivă, în ziua de 10 August se intervine.

Operator D-r Traian Georgescu secundat de D-r Oreste Olexiuc sub anestezie generală. „Laparatomie mediană subombilicală". Găsim o tumoră de mărimea unui cap de făt acoperită de epiploom şi anse aderente. Se face izolarea perfectă a restului cavităţii abdominale prin compreşe de tifon şi prin sutura peritoneului parietal la ambele extremităţi ale inciziei; se decolează apoi epiploonul cu multă uşurinţă. Controlând prin palpare tumora o găsim fluctuentă, iar dela sediul ei din fosa iliacă dreaptă, porneşte o prelungire până la nivelul vaselor renale, diminuând ca mărime.

Având diagnosticul operator de hematom supurat retroperitoneal ce ţine de venele ovariene drepte, încercăm o a doua izolare printr'un surjet între peritoneul parietal anterior şi cel posterior care prin volumul hematomului se găseşte aproape de peretele anterior abdominal, act imposibil din cauza friabilităţii peritoneului posterior, fiind hotărîţi a desface aderenţele şi a trata eventualele leziuni ale intestinului şi a deschide hematomul supurat.

In faţa acestei situaţii şi cu grija de a evita o însămânţare a marei cavităţi, deşi aveam izolarea prin comprese (viitorul drenaj) la prima intenţie de a fixa tumora la peritoneul anterior, se deschide hematomul în câmpul nostru bine izolat. Pentru a întâmpina eventuala hemoragie, nu a fost nevoie de ligătură superioară.

Se drenează separat cavitatea hematomului, iar la închiderea abdomenului avem un cerc de drenaj ce separă marea cavitate şi un drenaj central pentru cavitatea hematomului.

Mers postoperator. A doua zi, cavitatea peritoneală liberă, bolnava nu mai are dureri şi nici febră. La 3 zile se scoate drenajul hematomului, iar la 6 zile drenajul ce ne-a servit de izolare.

Aderenţele fiind acum organizate, bolnava vine singură la pansament.

Din observaţia clinică vedem o etiologie pe care nu am mai găsit-o până în prezent.

Majoritatea contuziilor abdominale, au ca agent vulnerant un corp contondent, întotdeauna cu acţiune instantanee, acţiune care nu poate leza numai un vas, fără să rupă mezenterul sau să intereseze şi alte viscere.

In cazul nostru, acţiunea corpului contondent (capul oiştii dela car) nu este instantanee, ci se produce progresiv în timp. In accidentele de muncă, socotim că acest fel de contuzie trebue să fie mult mai frecvent dacă ne gândim câţi muncitori ne rămân nediagnosticaţi şi care vin după eforturi mari cu dureri abdominale.

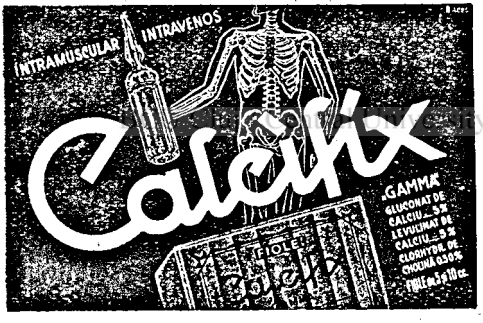
Bolnava noastră îşi contractă întâiu musculatura peretelui abdominal fixează oiştea, ansele intestinale se îndepărtează, fără a schimba presiunea intraabdominală instantaneu, iar compresiunea se face treptat şi progresiv pe peretele posterior, cu capul oiştii în cazul nostru pe venele ovariene drepte. De aici rezultă unicitatea leziunei, neîntâlnită până acum.

Ţinând seama de această etiologie necunoscută, şi care trebue să

fie frecventă la muncitori, cum şi de leziunea singulară, venoasă, situată retro-peritoneal, deşi traumatismul acţionează pe peretele anterior al abdomenului, socotim că intră în capitolul contuziilor abdominale, fapt ce ne determină să intitulăm cazul: Contribuţiuni asupra traumatismelor abdominale.

Dans notre cas clinique, le traumatisme qui interesse l parroi antèrieure de l'abdomen et qui se produit lentement et progrésivement, comme effet la production d'un hematome suppuré, tenant des veines ovariennes droites et siegéant retropéritoneal. La lesion est singulière et strictement vasculaire, sans avoir une association lésionale avec les autres viscères. Nous intervenons; le hematome est vidé et on met une double couronne de drenage; un central pour la cavité de l'hematome l'autre pour la grande cavité péritoneale, qui nous a servi comme isolation, une suture entre le péritoine pariétal post. et ant. n'étant pas possible. Evolution post-opératoire normale.

Il faut mettre en évidence: la particularité traumatique: lente; la singularité de la lésion vasculaire et le siège retropéritonéal de l'hématome.



Fiole
DE 5 cmc.
ŞI
DE 10 cmc.

Elixir
ANEMIE
LIMFATISM
SURMENAJ

Reprezentanţa pentru România S. I. F. s. a. r. Bucureşti IV, Avram Iancu 32.

CURIOZITĂȚI PARAZITOLOGICE. FENOMENE DE HIPERPARAZITISM INTRE ECTOPARAZIȚII OMULUI

de

D-r GRIGORE GR. IAMANDI

Pozițiilor, vieţuitoare adoptate la un anume fel de viață în vederea satisfacerei felului lor de viață și perpetuărei speciei, anumite atribute le sunt proprii în detrimentul altor facultăți, așa la paraziți găsim o putere de înmulțire prodigioasă de unde rezultă că dacă toți descendenții unui parazit și-ar continua viața în același sediu, traiul lor ar deveni imposibil; intervine fenomenul cunoscut în biologie cu numele de „concurența vitală" care împinge ființa mamă la cele mai ingenioase subterfugii în scopul de a se împrăștia cât mai mult în mediu și găsi în noile locuri ajunse condiții de trai și desvoltare mai bune și mai ușoare.

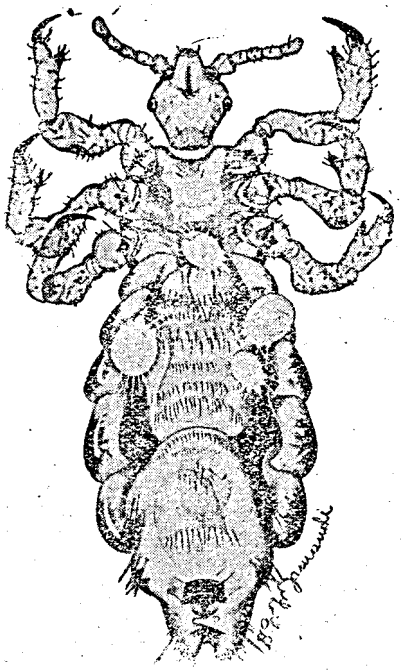
Amintim de puful sămânței de păpădie care-i înlesnește sămânții difuzarea prin vânt, de aripioarele sămânței de tei cu ajutorul cărora sămânța este purtată pasiv departe de planta mamă; la alte plante sămânțele sunt împrăștiate prin explozii puternice; cele acvatice au organe de plutire sau flotoare, etc.

Pentru animale, problema împrăștierei descendenților și difuzării lor în mediu este mult ușurată, întru cât au organe speciale pentru satisfacerea acestei nevoi, care-s organele de locomoții: membrele, aripile, etc.

La animalele care s'au adaptat vieții parazitare aceste organe de locomoție, s'au atrofiat parțial sau cu totul, în orice caz nu mai pot folosi parazitului decât într'o infimă măsură pentru deplasări în stil mare, în sensul satisfacerii nevoiei difuzării în mediu, de abia putând folosi la schimbări de sediu pe aceiași gazdă sau la scurta fugă pentru evitarea unui pericol sau pentru ascuns după înțepat și supt.)

Nu înseamnă însă că parazitul este condamnat din cauza acestei atrofii a organelor locomotorii la imobilitate și că nu i se mai oferă nicio posibilitate de difuzare în mediu pe distanțe mari.

In locul posibilităților de a se deplasa activ prin organ special, paraziții folosesc în schimb orice alte posibilități le cade la îndemână, întrebuințând toate șiretlicurile imaginabile și inimaginabile pentru a-și complecta lipsa rezultată din paralizia sau neputința organelor atrofiate prin viața parazitară în scopul de a se depărta cât mai mult de gazda pe care a văzut lumina zilei, secătuită de el.



Patru exemplare de Sarcoptes scabiei fixate de abdomenul unui păduche de om recoltat de pe un păduchios scabios.

Un păduche de om (Pediculus humanus) fixat de abdomenul unei muște (Musca de casă, domestică) dipter recoltat din sala Triajului Spitalului Sft. Spiridon.

Cazurile pentru ilustrat aceste situaţii sunt multe în parazitologie; cum sunt clasice nu mai insistăm asupra lor.

* * *

Ţinând în strictă observaţie mediul intens parazitat al Triajului dela Spitalul Sft. Spiridon din Iaşi, serviciu în care se perindă zilnic un mare număr de bolnavi cu afecţiuni parazitare, am avut ocazia să surprind câteva cazuri interesante de hiperparazitism.

Aşa, am văzut de numeroase ori cum muştele din serviciu care se puneau pe jos pe părul tuns şi efectele desbrăcate de păduchi cum se încărcau pe ele cu păduchi, cu atât mai mult cu cât muştele abundă în mediile parazitate.

Rolul muştelor în difuzarea păduchilor a fost observat şi relevat pentru prima dată de **Calandrucio**, apoi confirmat de **N. Leon** şi în cursul ultimilor ani observat de noi în nenumărate rânduri.

In sala de deparazitare corporală a serviciului nostru unde păduchioşii ce se internează în spital sunt tunşi şi desbrăcaţi şi resturile rezultate din despăduchere (păr tuns, etc.) şi efectele parazitate aşteaptă despăducherea prin arderea sau etuvarea şi unde oricâtă curăţenie ar fi datorită mediului cald şi umed al băiei, muştele sunt imposibil de stârpit, acest mediu este foarte propriu consumării acestui fenomen. Pe muştele recoltate din aceste săli, am găsit numeroşi păduchi prinşi de abdomen şi labe (Pediculus humanus) dela unul până la cinci exemplare pe o muscă, fără a le împiedica zborul acestor diptere.

Faptul este de mare importanţă în epidemiologie, întru cât se ştie că păduchele adăpostind numeroase virusuri de boli infecto-contagioase (ricketsia exantematicului, spirocheta febrei recurente, etc.), orice mărire a posibilităţilor de difuzare a acestor insecte paraziţe, atrage după dânsa şi întinderea molimelor a căror purtători de virus sunt păduchii. De unde rezultă că în mediile parazitate muştele trebuesc distruse cu cea mai mare atenţie.

* * *

Pe păduchii recoltaţi de pe scabioşii păduchioşi, am găsit în numeroase rânduri acarianul râiei, atât masculi cât şi femele prinşi de abdomenul şi toracele acestei insecte. Faptul prezintă importanţă, întru cât oferă scabiei încă o posibilitate de difuzare, micşorând posibilităţile de pază, întru cât păduchii au acces şi abundă peste tot, cu posibilităţi de deplasare mult mai accentuate decât ale acarianului scabiei, fiind posibilă în cazul unui contact cu un păduchios scabios o dublă contaminare şi cu păduchi şi cu acarianul râiei.

* * *

Curiozităţi de acestea în parazitologie sunt multe, adăugăm literaturei deja cunoscute şi pe acestea întru cât ni se par interesante şi demne de relevat, fiind în strâns contact cu epidemiologia umană, cu paminare şi cu păduchi şi cu acarianul râiei.

THIONAÏODINE

INJECTABIL A & B

maladia reumatismală cronică
și sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carență de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECȚIUNI INDOLORE

ACȚIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACȚIUNI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite și secudle

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite și polinevrite infecțioase și toxice

A *intramusculară:* două miligr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc. Cazuri de gravitate mijlocie.

B *intravenoasă:* un centigr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc. Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S.A.R. București I. Str. Sf. Ionică 8.

INFECȚIE PUERPERALĂ ȘI SEPTICEMICĂ POST PARTUM CU BACIL PIOCIANIC ȘI CU MASTITA SUPURATĂ BILATERALĂ CONSECUTIVĂ

de

D-r N. SCHIOPU

Rolul bacilului Piocianic în afecțiunile umane este încă insuficient cunoscut. Observațiunile mai vechi și mai ales acelea din timpul războiului mondial, arată rolul patogen al bacilului Piocianic în plăgile de război. Asociat cu alți microbi ca: stafilococul și streptococul, dă plăgilor și mai ales compreselor care acopăr asemenea plăgi, o culoare albastră-verzuie și degajă un miros caracteristic care se aseamănă cu mirosul florilor de tei. André Philibert a observat în plăgi largi și bine aerate, în absența coloraței albastre, insule de lichid galben-auriu și în care s'a pus în evidență prin cultură, bacilul Piocianic. Aceste plăgi după câteva zile, prezentau mirosul și culoarea caracteristică bacilului Piocianic. Infecțiunile cu Piocianic în condițiuni anaerobe, se prezintă cu totul altfel. Philibert a observat plăgi cu tendință necrotică, fără supurația albastră și din care a cultivat bacilul Piocianic. Pare probabil că în condițiuni de anaerobioză, absolută sau relativă, bacilul Piocianic este capabil în organism ca și în cultură, de a pierde puterea sa cronogenă și de a câștiga o putere necrotică manifestă și care îl plasează printre agenții gangrenei.

In afara supurațiunilor, bacilul Piocianic nu s'a întâlnit decât excepțional în stare de puritate în maladiile umane. Philibert l-a găsit în erupțiunile buloase și pemphigoide. Pare destul de frecvent în otita medie supurată, unde provoacă necroza osușoarelor. S'a semnalat într'un caz de pneumonie, într'un caz de meningită (Chaufard și Guy Laroche). Produce septicemii la sugari și copii destul de rar. Canon l-a găsit în sângele unei septicemii care s'a terminat prin peritonită. Într'un caz al lui Brill și Liebmann, septicemia cu Piocianic s'a însoțit de icter.

Kuhn are o observație de septicemie cu piocianic cu alură de febră tifoidă.

In rezumat, septicemiile cu piocianic sunt rarisime, mai frecvente la copii și sugari și excepționale la adulți.

Noi am identificat la o adultă, o septicemie cu piocianic însoţită de o infecţie puerperală, la o parturientă primipară, internată la Spitalul Filantropia, Secţia Maternitatea. Cazul nostru de infecţie septicemică este la un adult, deci din observaţiunile extrem de rare de infecţie generalizată cu piocianic. El se adaugă la cele aproximativ 20 observaţiuni de infecţii generalizate cu piocianic menţionate de Calmette. Cazul nostru pe lângă particularitatea de mai sus, mai prezintă particularitatea de a fi la o parturientă în primele zile după naştere, începe printr'o infecţie puerperală, face supuraţia ambelor mamele şi are aliura de febră tifoidă. Dăm mai jos observaţia clinică, întocmită de D-ra D-r Lemp, Şefa Serviciului de Maternitate dela Spitalul Filantropia şi examenul bacteriologic.

OBSERV. Nr. 307. — Tinca N. B. de 18 ani, domiciliată în comuna Plopşor, jud. Dolj, intră în Spitalul Filantropia din Craiova, Secţia Maternitate, în ziua de 7 Iunie 1943, lăuză, cu infecţie puerperală post partum, mastită bilaterală şi stare tifică.

Antecedente heredocolaterale: Nimic deosebit.

Antecedente personale: Menstruată la 13 ani, cu caracter normal. Căsătorită la 17 ani. Până în prezent n'a suferit de nicio maladie infecto-contagioasă şi nici de vreo afecţiune genitală. Neagă sifilisul. După trei luni de căsătorie, rămâne gravidă. Duce sarcina la termen fără niciun incident şi naşte la domiciliu în ziua de 23 Maiu 1943, asistată de o moaşă empirică. După trei zile dela naştere, parturienta are frisoane, dureri de cap, febră şi dureri pelvi-abdominale. Aceste fenomene s'au accentuat în zilele următoare, în care timp lohiile s'au suprimat. Odată cu suprimarea lohiilor, ambele mamele s'au tumefiat şi înroşit mai întâiu cea din stânga şi apoi cea din dreapta.

Starea prezentă: De constituţie debilă, astenică, febrilă 39°, puls regulat dar accelerat, adinamică, semi-conştientă şi în stare de prostraţie. Abdomenul dureros la palpare. Mamelele de asemenea dureroase şi cu osebire cel stâng, care e tumefiat mult, având tegumentele înroşite cu zone fluctuente în aria 1/2 externe. Mamelonul absent; cu plagă roşie vie în locul său, dar nesupurat. Ruptura perineului gradul II, cu plagă difterizată. Uterul sub involuat, dureros cât un pumn mare bărbătesc. Lohiile turburi, uşor mirositoare. Zona periuterină şi perianexială bilaterală împăstată şi dureroasă. Avându-se în vedere starea tifică gravă a bolnavei, s'a cerut hemocultura în ziua de 8 Iunie, a doua zi după internare şi care s'a efectuat de noi, bănuindu-se o febră tifoidă.

Tratamentul chirurgical: 8 Iunie 1943: Se practică incizia mamelei stângi în şanţul submamar extern, o incizie liniară de 4 cm., croindu-se digital şi cu pensa, un tunel retromamar, până în lobii mamari profunzi, infiltraţi şi fluctuenţi şi care deschişi, permit scurgerea unei cantităţi abundente de puroiu alb-gălbui fluid şi grunzos. Se asigură drenarea cu meşe.

Tratament medical: Administrarea zilnică de electrargol, pioformină, torantil până la căderea completă a febrei care se întâmplă după cinci zile. După a noua zi dela prima incizie, temperatura este în urcare, iar mamela dreaptă este tumefiată şi edematiată cu fluctuenţe în jumătatea externă. La 21 Iunie se practică o incizie în şanţul sub mamar extern de 4 cm.; croindu-se un tunel până la cloaca purulentă unde se stabileşte printr'o contra incizie periareolară, o drenare comodă a unei cantităţi foarte abundentă de puroiu alb-gălbui cremos. După aceasta a doua incizie, temperatura scade în câteva zile, oscilând apoi cât durează supuraţia între 36°4' şi 37°4'.

Examenul bacteriologic: Hemocultura în bulion, cu recoltarea a doua zi dela internare, este pozitivă după 24 de ore, identificându-se un bacil de lungime mijlocie, cu capetele rotunjite, mobil şi gram negativ. Cultivat pe plăci endo cu lactoză nu înroseşte acest mediu. După 48—72 ore mediul capătă o culoare galben-aurie cu reflexe verzui. Geloza ia o culoare verde fluorescentă. Cultivat în tuburi B, nu reduce roşu neutru şi nu produce gaz. Cultivat

pe ser coagulat, cultura are o culoare strălucitoare, iar serul de sub ea, se lichefiază, luând o nuanță de galben-aurie (caise bine coapte). Lichefacția serului coagulat este aproape de 70% după 4 zile. Mirosul culturilor pe toate mediile este parfumat și asemănător mirosului florilor de teiu. O soluție de globule roșii de oaie 5% din aceea ce se utilizează pentru R. W. este hemolizată după 24 de ore de o picătură din emulsia de cultură. Serul bolnavei nu aglutinează emulsia unei culturi de 24 ore pe geloză înclinată.

Inocularea la cobai: O soluție de 1 cc. din cultura pe geloză înclinată de 24 ore, emulsionată cu 4 cc. ser fiziologic, inoculată intra-peritonial la cobai, produce moartea cobaiului în mai puțin de 12 ore. Inocularea unui cc. din aceiași emulsie și inoculat sub cutan la un alt cobai (cobăiță), produce moartea în mai puțin de 36 ore, fără abces sub cutanat. De notat că cobăița fiind gravidă, a avortat în mai puțin de 16 ore, având în același timp și paralizia trenului posterior, pentru care a rămas imobilizată.

In rezumat, este vorba de o parturientă, primi pară, fără antecedente genitale, a cărui sarcină a evoluat normal. Cu ocazia nașterii a avut ruptura perineului gr. II. La câteva zile după naștere, face o infecție puerperală, care se traduce prin fenomene locale atenuate și cu stare generală alarmată însoțită fiind de o infecție supurată a ambilor sâni.

Examenul bacteriologic a identificat prin hemocultură, bacilul piocianic, care după cum a dovedit inocularea la cobai, pare extrem de toxic. El pare să fi cauzat această stare tifică și tot el a cauzat și supurația ambilor sâni, ce au fost incizați și drenați.

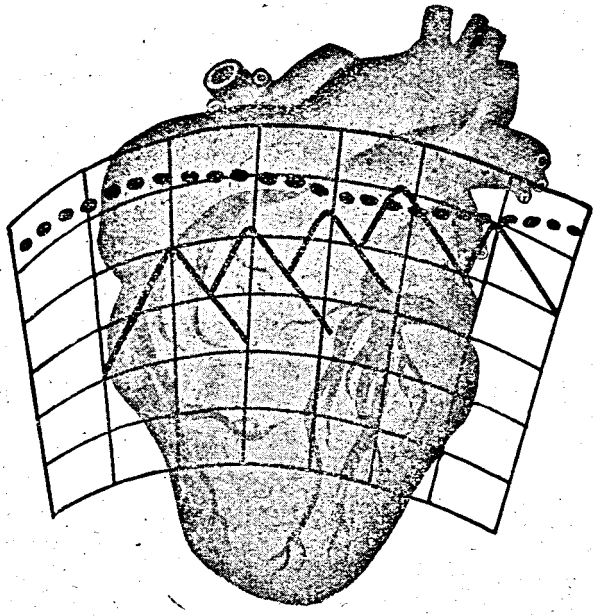
In observația clinică s'a menționat despre absența mamelonului, ca și cum ar fi fost amputat, iar în locul său o plagă roșie, vie și nesupurată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Poarta de intrare în organism a bacilului Piocianic putea fi deci prin trei locuri: endometrul, care cu siguranță a fost prins de o infecție nu prea gravă așa cum ne arată simptomele zonei genitale. Dar ruptura perineului la această primi-pară a fost poate cea mai prielnică cale de intrare în organism a bacilului piocianic, sursa de infecție fiind vaginul. Bacilul piocianic, putând fi un oaspete mai vechiu, sau mai nou introdus cu acea ocazie. Prezența bacilului piocianic se pare că este destul de frecventă în materiile fecale, în apele de băut, pe sol și alimentele infectate și deteriorate. Noi l-am remarcat cu ocazia examenului bacteriologic a unor ghețuri naturale. In cazul nostru, bacilul piocianic putea fi și un oaspete mai vechiu al vaginului. Plaga difterizată perinială menționată în observația clinică, ne probează mai mult, că poarta de intrare a fost pe această cale. Bacilul piocianic produce și leziuni necrotice așa cum atestă Philibert. Poarta de intrare prin mamelă de asemenea poate fi luată în discuție, avându-se în vedere plaga roșie și vie la locul mamelonului. Intrarea pe această cale însă, ar fi produs un abces superficial și nu profund cum l-a avut. De asemenea, n'ar fi produs cu foarte multă probabilitate o infecție generalizată, ci cantonată la sânii în lactație care le-a oferit cel mai bun mediu de cultură. Pe de altă parte faptele clinice ne arată apariția mai întâiu a frisoanelor, durerilor de cap și a febrei cu starea generală tifică, apoi a simptomelor de infecție puerperală, ci numai după aceea apariția mastitei. Succedarea faptelor clinice coincide cu leziunile diferite produse de bacil. Persistența chiar și numai ușoară a lohiilor în această

infecție puerperală, o explică facultatea proteolitică și hemolitică ce o are bacilul piocianic.

Parturienta a oferit condițiuni optime atât pentru pătrunderea agentului patogen în organism cât și pentru generalizarea sa. Bacilul piocianic a găsit condiții optime de viață în glandele mamare în lactație, cantonându-se acolo și producând infecția supurată a lor, în timp de aproape 2 luni. Bacteriologia ne arată că bacilul piocianic în mediul de lapte, îl coagulează iar apoi îl digeră și-l lichefiază. Ori, observația clinică ne arată că glandele mamare au fost prinse încă dela începutul boalei. Producând mai întâiu coagularea laptelui din glande, i-a trebuit timp pentru a-l digera și lichefia, moment clinic când se traduce printr'o colecție purulentă ce se cere incizată. Procesul de viață a bacilului în mediul acesta având o evoluție înceată, procesul de modificare a mediului de asemenea este încet. Supurația a prezentat un caracter cronic. Puroiul evacuat prin inciziile efectuate, îl arată de culoare alb-gălbui, fluid, grunzos sau cremos. Este puroiul galben-auriu al lui Philibert din care a identificat bacilul piocianic. Philibert admite că bacilul piocianic pierde puterea cromogenă în culturi sau în organism, câștigând o putere necrotică ce-l clasează printre agenții gangrenei. Plaga perineală difterizată ne arată un oarecare caracter necrotic al bacilului nostru. Din observația clinică a cazului nostru, precum și din examenele bacteriologice și experimentale efectuate de noi, bacilul piocianic se pare a fi destul de toxic, producând infecțiuni grave, simulând bolile contagioase cu febra tifoidă, în cazul nostru ca a lui Kuhn și că același bacil, poate avea însușiri cromogene și necromogene, precum și caracter necrotic. In cazul nostru bacilul piocianic a prezentat toate cele trei caractere și aspecte, acestea cu siguranță fiind rezultatul condițiunilor de viață a bacilului în mediile avute.



Experienţe clinice
confirmă că Bulbul de Mare (Scilla maritimă) în formă de

Scilloral

BCU Cluj / Central University Library Cluj

posedă faţă de digitală avantajul unei mai mori elasticităţi şi adaptabilitate:

EFECT PROMPT
în urma condiţiunilor favorabile de rezorbţie,
TOLERANŢĂ PERFECTĂ
DIUREZĂ BUNĂ
sunt caracteristicile produsului SCILLORAL

Lichid (15 picături = 0.5 g.) ... flacon à 15 ccm

Asta Aktiengesellschaft, Chemische Fabrik, Brackwede

Eşantioane şi literatură la cerere

Depozit permanent: „Drogueria Standard" S. A. R. *Str. Sft. Ionică, 8 Bucureşti*

ENTERITE — ENTEROCOLITE — DIAREE — DISENTERIE — PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

cultură lichidă pură de fermenți lactici

1/2-1 flacon de 2 ori pe zi, cu puțină apă zaharată.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ — SPALATURI — PANSAMENTE — GARGARISM

DAKYNOL

comprimate de 0 gr. 20

2-12 compr. la 1 litru de apă, după caz. Igiena intimă: 1-2 compr. la un litru de apă.

STĂRI NERVOASE — INSOMNII — AGITAȚIE — EMOTIVITATE — TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2-3 lingurițe pe zi, în infuzie caldă de tei sau numai în apă.

ANEMII — DEBILITATE — CONVALESCENȚE — SURMENAJ — INAPETENȚĂ — LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2-3 lingurițe sau linguri pe zi, după vârstă, înaintea meselor.

ARSURI — ERITEME — ECZEME — PRURIT — FISURI ANALE — HEMOROIZI

DERMOPHYL

pomadă cu bază de ol. jecoris

În pansamente.

REUMATISM — ARTRITISM — OBEZITATE — GUTĂ — GRAVELA RENALĂ ȘI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

granulat efervescent

3-4 lingurițe pe zi, cu apă rece dimineața, înaintea meselor și la culcare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noua chimioterapie anti-infecțioasă polivalentă pe cale bucală

SULFAMIDOL

Comprimate de 0 gr. 25 de para-amidobenzolsulfamid

Gonococcie: blenoragia acută și cronică Vulvo-vaginită gonococică. Complicațiunile gonococice: salpingo-ovarită-anexită-metrită-pelviperitonită, etc...

Streptococcie-Stafilococcie-Colibaciloză

Pneumococcie - Meningococcie

Stări infecțioase criptogenetice

ADULȚI: 6-10 comprimate pe zi.

Reprezentanță exclusivă: „SPEPHAR" laboratorul de produse farmaceutice Marcel Holt 2 bis, Str. Prof. Ion Bogdan-București III. — Telefon 211-78

UN CAZ DE MIOPATIE CONGENITALĂ FAMILIALĂ

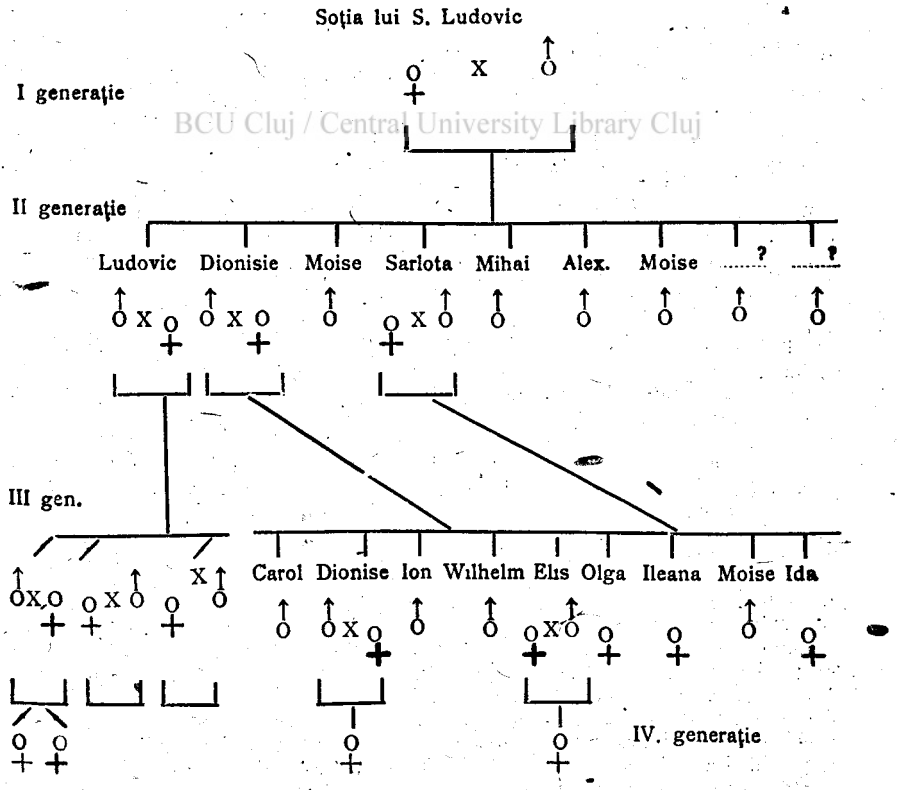
de

D-r STOINESCU MIRCEA
Medic secundar de Spital

Se expune observaţia unei familii în care apare la mai mulţi membrii o miopatie de tip Leyden Moebius. Din antecedente se constată caracterul familiar şi ereditar al acestei boli. Ereditatea este omoloagă, similară şi dominantă, interesând generaţii succesive, fără deosebire de sex.

OBSERV. — Bolnavul S. Carol, născut în 1911, domiciliat în com. Cernatu, jud. Braşov. De profesiune funcţionar, căsătorit, ortodox. Se prezintă la vizita medicală la infirmeria unei unităţi militare, la data de 28 Iunie 1943, afirmând că sufere de o boală musculară la membre ce se manifestă cu limitarea mişcărilor de extensie la membrele superioare şi uşoară jenă la mers.

Din antecedentele heredo-colaterale rezultă că de aceiaşi boală au suferit şi sufere mai mulţi membrii din familie:



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din arborele genealogic de mai sus rezultă, că cea mai vechie bolnavă a fost o bunică şi care a suferit de aceeaşi miopatie localizată la acelaşi grup de muşchi. Tatăl bolnavului nostru sufere dela vârsta de 8 ani de aceeaşi boală. La vârsta de 8 ani au apărut primele turburări cari apoi s'au accentuat din ce în ce astfel că dela 35 ani, membrele superioare au luat o atitudine de semiflexiune, degetele pe antebraţ, iar antebraţul pe braţ, fiind asociate cu o atrofie musculară, având drept consecinţă o incapacitate parţială funcţională. Degetele dela mâni nu pot fi extinse decât dacă mânile iau o atitudine de flexiune pe antebraţ. Mersul este cu aspect de mers de raţă, iar picioarele sunt deformate. Musculatura membrelor inferioare este atrofiată în deosebi spre rădăcina lor, forţa musculară este atât de redusă, încât dacă bolnavul cade, nu se mai poate ridica decât ajutat. Mătuşa bolnavului, Şarlota, a suferit şi ea de aceiaşi afecţiune, dar în grad mult mai mare. A slăbit foarte mult în ultimii ani ai vieţii, aşa încât a fost nevoită să stea la pat, murind de o boală intercurentă la vârsta de 44 ani. Un alt unchiu, Alexandru, a suferit de aceiaşi afecţiune. Dintre copii Şarlotei, unul a moştenit boala, care a debutat la 7 ani, având un aspect şi o gravitate atât de mare, încât l-a împiedecat să frecventeze şcoala sau vreo meserie. Sora bolnavului nostru Elisabeta, prezintă de asemenea aceeaşi afecţiune, cu aspect destul de grav. Din antecedente mai rezultă că bunicul a fost alcoolic, iar tatăl bolnavului uzează şi el de alcool. In familie nu a fost nimenea bolnav de sifilis sau tbc. De asemenea nu au fost cazuri de psihoze, mulţi din membrii familiei sufere însă de cefalei şi de astenie nervoasă. Soţia bolnavului este sănătoasă şi nu a avut sarcini.

Antecedente personale: Bronşită la 7 ani, amigdalite repetate. Operat de apendicită în 1935. De mic a fost anemic şi se plâng deseori de o cefalee.

Boala actuală i-a apărut în timpul şcolarităţii la vârsta de 12 ani. A observat că este mai slab decât camarazii săi la trântă, mai apoi la cursul aceluiaşi an în timp ce observă că i se atrofiază treptat musculatura rădăcinei membrelor superioare, concomitent observă că degetele au tendinţă de a se flecta în palmă. Din cauza atitudinei vicioase a mânilor nu a mai putut face gimnastică. Dându-şi seama că va avea aceeaşi boală ca a tatălui său, a încercat să facă diferite exerciţii musculare, pentru a evita progresul bolii, dar fără succes. In cursul celor 2 ani următori i se flectează uşor cotul pe antebraţ limitându-i mişcările de extensie. De circa 3 ani boala nu a mai progresat, dar până atunci a mers lent şi progresiv ajungând până în stadiul actual, prinzând şi membrele inferioare, ceea ce s'a manifestat printr'un mers, care după observaţia cunoscuţilor săi tinde să semene din ce în ce cu al tatălui său. La încorporare în armată, a fost dispensat din motiv de debilitate fizică. Revizuit în 1938, a fost dat bun de serviciu. După 2 săptămâni însă s'a constatat că nu poate să facă instrucţie şi a fost din nou clasat. Revizuit a doua oară, este din nou dat bun de serviciu şi se prezintă la unitate.

Examen obiectiv: De constituţie gracilă, mucoasele uşor anemice. Sistemul endocrin normal. Ţesutul celular subcutan redus. Sensoriu clar şi psihic normal. Pupile normale. Sistem muscular. Prezintă o remarcabilă atrofie musculară a membrelor superioare (biceps, lung supinator, pectorali) şi inferioare. Atrofia este simetrică şi globală. Nu se observă. Contracţiuni fibrilare. Tonusul uşor redus. Bolnavul prezintă o retracţie tendinoasă a musculaturii flexorilor membrelor superioare, astfel încât se produce o atitudine vicioasă a membrelor; ambele mai prezintă atitudine de ghiară localizată la ultimele patru degete, iar degetele nu pot fi extinse decât dacă flectează mânile pe antebraţ. Antebraţul la rândul său este uşor flectat pe braţ cu circa 40°. Mişcările sunt limitate atât la mâni cât şi la cot, precum şi în articulaţiile scapulo umerale, la cari nu poate duce braţele îndărăt decât până la linia spatelui cu aplecarea uşor înainte a capului (retracţie tendinoasă a pectoralilor). La ridicarea membrelor sup. deasupra capului, cotul rămâne uşor îndoit, iar degetele nu le poate extinde decât dacă palmele sunt flectate, sau dacă întinde palmele, i se flectează puternic degetele. Retracţiile tendinoase nu se pot modifica prin anemie pasivă. Reflexele osteo-tendinoase normale. Sensibilitatea normală. Reflexul idio-muscular la bicepşi abolit. Forţa musculară mult scăzută la membrele superioare. Faţa normală. La membrele inferioare atrofia

este mult mai puțin pronunțată decât la cele superioare. Prezintă un ușor genu valg, iar la plante o tendință de piciorbot, planta având în urma retracției tendinoase a extensorilor degetelor picioarelor, o boltire mult accentuată. Tonus muscular normal. Reflexele osteo-tendinoase normale. Babinsky negativ. Reflexul idio-muscular la peronieri și tibialul abtetior este foarte diminuat. Sensibilitatea cutanată și profundă normale. Mersul cu tendință de mers de rață, se observă mai bine la pas mai rapid. Ridicarea din poziție culcată nu se poate face decât după ce se întoarce ventral și numai cu sprijinul membrelor superioare. Sfincterele normale. Pulmonul, cord abdomen normale.

Miopatiile sunt atrofii musculare progresive în aparență primitive, protopatice, fiind boli cu caracter etiologic ereditar (omolog) și familiar.

În cazul nostru este vorba de o astfel de miopatie, moștenită, apărând în jurul vârstei de 8—10 ani, cu caracter progresiv și atingând mai multe generații. Forma și evoluția bolii este aceași la toți membrii familiei, cu deosebire că apare în grade diferite de gravitate. Este o hereditate morbidă similar. In cazul nostru boala are caracter hereditar dominant, deoarece unul dintre părinți este purtătorul bolii ce se moștenește. Boala nu a sărit nicio generație și interesează ambele sexe.

Din punct de vedere al **Formei clinice**, cazurile noastre se încadrează în tipul Leyden-Moebius, la care sunt prinși mușchii membrelor sup. și inferioare fără hipertrofie.

Diagnosticul diferențial se face cu: a) Atrofia musculară Charcot-Marie (scleroza laterală amiotrofică), care începe la extremități și merge spre rădăcină, are contracțiuni fibrilare, reflexele osteo tend. sunt abolite, iar reacția de degenerescență este pozitivă; b) Nevrita interstițială hipertrofică, la care sunt prezente durerile fulgurante pe lângă simptomele de mai sus; c) Atrofia musculară tip Hoffmann-Werdning, care este mortală în 3—4 ani; d) Miopatiile deuteropative; e) Miotonia distrofică a lui Thomsen, care prezintă turburări endocrine și generale și apariție timpurie caracteristică a cataractei; f) Atrofiile musculare mielopative (B. lui Aran Duchenne) la care atrofia pleacă distal, avem paralizii, fibrilații musculare, cronaxia este crescută, reacțiune de degenerescență este pozitivă, reflexele osteo-tendinoase sunt abolite sau diminuate și boala nu are caracter ereditar și familiar.

Anatomo-patologic, mușchii au un aspect de carne de pește, iar retracția se explică prin țesutul conjunctiv care înlocuește țesutul muscular și face mușchiul inextensibil.

Patogenia: 1) Musculară (Marinescu, după care ar fi un viciu hereditar, primordial în nutriția mușchiulaturii). Localizarea e comandată de desvoltarea embriologică a mușchiulaturii; 2) Teoria nervoasă, explică boala prin turb. trofice nervoase; 3) Teoria endocrino-simpatică, explică boala, prin turburări endocrine.

Tratamentul bolii este până în prezent ineficace. Incercarea de a limita sau de a influența, evoluția bolii prin gimnastică, s'a dovedit și în cazul nostru puțin eficace.

D-r STOINESCO MIRCEA: *Un cas de miopathie familiale et congénitale.*

On expose l'observation d'une miopathie congénitale et familiale se présentant chez plusieurs membres d'une famille. L'hérédité est homologue, similaire et dominante intéressant plusieurs générations et les deux sexes.

La dureri

QUADRONAL

SIGUR ★ EFICACE ★ BINE TOLERAT

ASTA AKTIEN-GESELLSCHAFT

CHEMISCHE FABRIK

BRACKWEDE i. W.

Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziţie.

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Sf. Ionică, 8 — Bucureşti

Lecție inaugurală

LOCUL OTO-RINO-LARINGOLOGIEI IN CADRELE PATOLOGIEI GENERALE*)

de

Prof. I. ȚEȚU

. . . . . .

Oto-rino-laringologia să nu fie privită ca o specialitate minoră, izolată de restul patologiei, după cum organele de cari se ocupă nu pot fi considerate drept anexe independente ale corpului omenesc. Intre ele și restul organismului există o legătură directă, ele fac parte dintr'un tot indivizibil.

Sub raportul patologiei trebue să știm, că multe din afecțiunile lor nu sunt altceva decât exteriorizarea locală a unei diateze sau infecțiuni generale. Fenomenele inflamatorii ale mucoasei nazale, faringiene și laringiene, adică rinita, faringita și laringita catarală acută sunt primele simptome obiective ale gripei și a febrelor eruptive. Otita medie acută sau mai bine zis miringita congestivă poate fi unul din primele semne ale infecțiunii morbilice sau scarlatinoase. Amigdalita catarală sau ulcero-membranoasă face parte din cortegiul simptomatic al scarlatinei și al unelor afecțiuni sanguine cu turburări grave în gospodăria organismului: agranulocitoza, leucemiile.

Alteori modificările locale ale aparatului oto-rino-laringologic ne atrag atenția asupra existenții unor turburări grave în alt domeniu al organismului cari n'au ajuns încă la izbucnirea lor totală. In felul acesta constituiesc un strigăt de alarmă pentru luarea măsurilor de rigoare. Descoperirea paraliziei unei jumătăți laringiene, în cursul unei răguseli ușoare, fără vreo cauză locală evidentă, ne spune că se petrece ceva în mediastin, în jurul ventriculelor inimii, al marilor vase, în porțiunea superioară a esofagului, în spațiul hilar, obligându-ne să ne îndreptăm privirea în această direcție. Catarurile cronice naso-faringiene la bărbații bine hrăniți, cu îngroșarea și congestia mucoasei, cari nu cedează de loc tratamentului local, sunt semnele unei stări patologice în ficat, în aparatul cardio-renal sau simptome de gută, reumatism, diabet, etc. Tratamentul adecvat se impune.

Epistaxisul, văjăiturile, rinoreea la fete și femei sunt semne de turburări utero-ovariene, de graviditate sau menopausale, cari reclamă examenul hormonal pentru a putea beneficia de indicații terapeutice raționale.

Atrepsia copiilor sugari, mai cu seamă la cei internați în leagăne, aziluri, etc., ține de multe ori de o infecție latentă în urechia mijlocie care cere și trebue să fie descoperită și tratată. Rinita spasmodică, astmul nazal, stridorul laringian, afecțiuni cu sediul în aparatul oto-rino-laringologic, nu se pot explica, dacă nu ținem seama de modificările grave în sistemul vasomotor, endocrin sau humoral al organismului, unde este cauza lor.

Cred că aceste câteva exemple sunt destul de convingătoare pentru a vedea corelațiunea strânsă ce există între afecțiunile aparatului oto-rino-laringologie și patologia generală, precum și nevoia absolută ca laringologul să aibă o educație medicală serioasă și completă, să facă întotdeauna examenul întreg bolnavului ce i se prezintă, servindu-se de toate mijloacele de investigație puse la dispoziție de practica modernă a medicinei: examenul clinic, local general, examenul bio-humoral, de laborator și radiologic. Să nu creadă ni-

*) Din lecția inaugurală ținută în ziua de 11 Februarie c. în amfiteatrul Facultății de Medicină din București.

meni că specialistul în oto-rino-laringologie, este un medic unilateral, cu un câmp limitat de acțiune și desconsiderare pentru restul corpului omenesc. El este și rămâne un medic întreg, cuprinzând toată patologia și terapia pe care o aplică organelor interesate, servindu-se de o tehnică chirurgicală specială.

. . . . . .

Nu de mult această specialitate se făcea împreună cu oftalmologia, ochiul fiind înglobat alături de organele specialității noastre. De altfel creatorii oftalmologiei românești, regretații profesori Manolescu și Stănculeanu, figurează între primii noștri laringologi și clinica bolilor de ochi dela Spitalul Colțea a găzduit multă vreme și cu toată atenția cuvenită oto-rino-laringologia română, în față. Mai există și astăzi specialiști cari practică amândouă aceste discipline.

. . . . . .

In țara noastră învățământul oficial oto-rino-laringologic cu titlul obligator datează din 1919 și s'a introdus prima dată în programul Facultății de Medicină din Cluj, având ca prim titular pe șeful meu, Profesorul N. Mețianu.

La Facultatea de Medicină din București îl găsim trecut în proiectele de organizare chiar din anii 1861 și 1866, alături de clinica oftalmologică însă, oficial n'a avut un titular sau un serviciu clinic. Regretatul D-r Eugeniu Felix a fost primul Docent în această specialitate și a funcționat în calitate de Profesor agregat până în 1913, fără a fi avut posibilitatea să creieze un învățământ obligator. Acesta a avut loc odată cu transferarea Profesorului N. Mețianu dela Facultatea de Medicină din Cluj, în anul când a fost fixat în programa analitică a învățământului medical dela Facultatea noastră. Astăzi avem trei catedre, câte una la fiecare din cele trei facultăți.

Invățământul oto-rino-laringologic are o importanță capitală în educația medico-chirurgicală a viitorilor medici. Nevoia de a cunoaște noțiuni elementare ale bolilor nasului, gâtului și urechii, de a fi familiarizat cu instrumentarul uzual, de a practica micile intervenții de specialitate, nu constitue o povară în sarcina studentului și un lux în bagajul de pregătire al noului medic. Prin pătrunderea acestor noțiuni, tânărul medic câștigă o serie de cunoștiințe noui, se obișnuește a interpreta mai rațional unele simptome și stări patologice pe cari disciplina noastră le-a aprofundat mai mult, le-a deslușit mai bine. Prin cunoașterea lor se încadrează în rândul medicilor complect formați și nu este niciodată pus într'o situație desavantajoasă față de bolnavii cari recurg la luminile lui și, față de conștiința sa.

Patologia internă în multe din ramurile ei importante nu se poate dispensa de concursul oto-rino-laringologiei. Afecțiunile tracheo-bronchice, cu crizele de tuse și expectorațiunile abundente, gastro-enteritele, entero-colitele, aerofagia, într'un cuvânt majoritatea afecțiunilor tubului digestiv, cari dau enorm de mult de lucru colegilor interniști, își au explicația și sediul cauzei în supurațiile cavumului faringian sau în sinusurile feței. Ceea ce n'au putut drege rețetele interminabile, prișnițele, ventuzele, regimurile severe însoțite de cura minerală în stațiunile balneare din țară sau din Karlsbad și Vichy, poate vindeca bisturiul și chiureta noastră.

Reumatismul poliarticular, guta, mialgiile de natură nedeterminată, nu-și caută de atâtea ori explicația în existența unui focar infecțios îndepărtat situat undeva pe sus în nas, gât sau gură! Amigdalele și dinții sunt organele cari servesc de cele mai multe ori ca focar de infecție pentru reumatismul poliarticular acut și cronic, pentru o serie de adenopatii în regiunea cervico-mediastinală și turburări în aparatul circulator. Patologia amigdaliană explică multe din afecțiunile organismului atât la copii cât și la adulți, și cunoașterea ei nu aparține numai specialistului. Amigdalectomia — extirparea amigdalelor — trebue considerată astăzi ca o operație de interes public și pentru generalizarea ei, medicii interniști au obligația să lupte alături de noi.

Tuberculoza larinxului a cărei evoluție o putem urmări cu vederea, este oglinda procesului evolutiv pulmonar. Infecția este aceiași deși localizarea este alta. Ftiziologul nu se poate desinteresa de mersul leziunilor tuberculoase ale aparatului vorbirei, cari agravează mult prognosticul și așa destul de grav al acestei boale. El are nevoie de luminile laringologului la fiecare pas

ca să poată urmări fazele leziunilor şi a vedea dacă tratamentul aplicat de D-sa nu cumva exacerbează mersul stărilor din laringe sau dacă terapia locală aplicată de către laringolog este în avantajul stării pulmonare.

Acestea câteva exemple dovedesc cu prisosinţă marele folos ce-l trage patologia internă din realizările disciplinei noastre şi nevoia ca toţi candidaţii de a practica clinica medicală, să aibă cunoştinţele elementare de oto-rino-laringologie în interesul bolnavilor şi al prestigiului lor.

Bolile copilăriei în majoritatea cazurilor îşi au punctul de plecare în nas, gât şi urechi. Marele capitol al adenoiditelor stăpâneşte întreaga patologie infantilă. Adenoidita hipertrofică sau vegetaţiile adenoide, prin volumul, starea lor de infecţiozitate şi complicaţiile lor de natură nervoasă — al căror mecanism teoretic nu-l putem explica totdeauna — îmbrăţişează aproape toate capitolele pediatriei. Sindromul obstrucţiei nasale, faringo-laringo-traheita descendentă, poliadenita cervicală, adenita tracheo-bronchică, diferitele stări febrile fără cauze cunoscute, gastro-enteritele, colitele, anume stări nervoase, — incontinenţa urinară, coreea, crize convulsoide — stări de debilitate generală fizică, chiar intelectuală la copii recunosc, în mare parte drept cauză vegetaţiile adenoide. Diagnosticul de certitudine şi tratamentul vegetaţiilor adenoide cade în sarcina noastră, a laringologilor — şi este una din cele mai plăcute, dar, vai de medicul pediatru care ar neglija în gândirea sa medicală, să facă legătura între vegetaţiile adenoide şi variatele tablouri clinice provocate de ele. Evident învăţământul medical n'ar putea tolera această deficienţă în educaţia medicală a tinerilor medici.

Bolile contagioase, aproape toate, îşi au sediul lor primitiv în cavitatea bucală, primele semne înscriindu-se pe amigdale şi mucoasa bucală, fie că sunt cu germeni patogeni cunoscuţi, fie că agenţii cauzali fac parte din lumea infra-microbilor, studiată şi descrisă cu atâta competinţă de colegul nostru Nicolau. Pentru a putea observa forma acestor leziuni, a studia particularităţile şi a urmări evoluţia lor, medicul igienist nu se poate lipsi de tehnica elementară a examenului oto-rino-laringologic şi de câteva noţiuni în legătură cu aplicaţiile terapeutice locale. Profilaxia bolilor contagioase mai ales în colectivităţile copilăreşti, grădiniţe, şcoli primare, internate, etc. constă în supravegherea şi buna întreţinere a igienii buco-nasale prin introducerea diferitelor substanţe desinfectate şi prin îndepărtarea focarelor cu reşedinţa în aceste locuri. Cum putem aştepta dela medicul sanitar să supravegheze pe teren executarea acestor măsuri de prevenire sau să descopere natura focarelor de infecţie locală, dacă nu este iniţiat câtuşi de puţin în tehnica oto-rino-laringologiei.

De oftalmologie şi neurologie nu mai vorbesc. Ele sunt aşa de aproape una de alta, cu atâtea legături de vecinătate încât — de multe ori — ne este greu să le precizăm graniţele. Firele otologiei se împletesc cu ale neurologiei şi oftalmologiei formând haina unei boli comune pe care n'o pot identifica decât reprezentanţii celor trei specialităţi. Cefaleea, sindromul sfenopalatin, turburările vaso-motorii ale mucoasei nasale, paraliziile laringo-laringiene cu sindromurile lor descrise de Avellis, Schmidt, Jacksohn, Tapia ş. a., turburările neuro-labirintice cu avriatele lor manifestaţiuni, îşi au sediul în teritoriul anatomiei aparatului oto-rino-laringologic. O sinusită supurată neglijată provoacă în acelaşi timp prin perforaţia planşeului de jos un flegmon orbitar şi prin cel de sus un abces cerebral. Trepanarea şi drenarea sinusului frontal şi a celulelor etmoidale executate de rinolog le vindecă pe amândouă. Aceste trei specialităţi sunt aşa de unite una cu alta, colaborarea inter-slujitorilor lor este aşa de necesară şi folositoare încât s'au creiat şi la noi după modelul luat de alte ţări, societăţi comune de oto-neuro-oftalmologie, cu scopul de a studia cât mai amănunţit problemele aparţinând teritoriilor comune pentru a le putea da cea mai rațională şi completă rezolvare.

Tânăra noastră soră, stomatologia, este aşa de unită cu rinolaringologia încât este o imposibilitate de a le determina graniţele anatomice. Multe din afecţiuni plecate din cavităţile sinuzi'ene încalecă spaţiul bucal sau invers şi multe din procedeele operatorii generalizate de laringologi şi-au găsit loc de frunte în chirurgia stomatologică. Sinusita maxilară, de cele mai multe ori, are ca punct de plecare un dinte cariat, un granulom apical sau un chist

paradentar. Chirurgia maxilo-facială nu poate trăi fără ajutorul laringologiei şi laringologia, la rândul ei, şi-a însuşit mult din tehnica stomatologică. Colaborarea strânsă între aceste discipline surori este de o imperioasă necesitate şi neglijarea ei ar compromite realizările obţinute în acest domeniu atât de important şi delicat. De aceia în multe din ţările apusului, aceste două clinici sunt adăpostite sub acelaşi acoperiş.

. . . . . .

Prin creiarea acestei discipline noi am realizat şi **un mare deziderat naţional;** a crescut în mod simţitor numărul specialiştilor români, nu mai suntem tributarii străinătăţii în ce priveşte îngrijirea suferinzilor de nas, gât şi urechi şi aplicarea măsurilor de profilaxie oto-rino-laringologică au început să fie introduse şi în medicina rurală. Studiul oto-rino-laringologiei de a forma specialişti prin natura şi complexitatea problemelor ce tratează contribue la ridicarea prestigiului profesional al medicului şi chirurgului, le deschide orizonturi noui, le rafinează simţul clinic şi le înlesneşte în mare măsură însuşirea unei performanţe operatorii remarcabile. Mulţi din Dvs., cari veţi lucra în ogorul ispititor de frumos al medicinei şi chirurgiei generale, în mijlocul satelor noastre a căror populaţie trebue neapărat ridicată pe scara standardului sanitar, puteţi să vă începeţi practica medicală cu una din afecţiunile curente ale specialităţii noastre. Incizia unui flegmon periamigdalian, paracenteza timpanului, extragerea unui dop de ceară din ureche, sunt operaţiuni salvatoare, de o necesitate zilnică şi fără cunoaşterea cărora nu se poate concepe exersarea profesiunii de medic. Ştiind şi aplicând aceste intervenţiuni, vă situaţi pe piedestalul înalt al medicilor cu reputaţie, câştigaţi încrederea locuitorilor şi — pe nesimţite — vă creiaţi o faimă de virtuoşi în arta de a trata şi vindeca.

Bineînţeles învăţământul oto-rino-laringologic se va strădui în aceiaşi măsură să creieze un număr mare de specialişti solid şi complect educaţi, versaţi în toate subtilităţile disciplinei pe cari îl reclamă cu atâta urgenţă sănătatea publică a ţării şi asistenţa medico-chirurgicală. Oraşele şi satele noastre au nevoie de specialişti. Nu se mai poate admite în zilele de astăzi ca să primim bolnavi dela sute de kilometri distanţă, pentru un dop de ceară şi nu putem lăsa să moară bolnavii cu meningită otogenă sau din cauza complicaţiilor provocate de corpii străini aspiraţi, fiindcă n'au avut chirurgul specializat la îndemână. Afecţiunile urechii, ale gâtului şi nasului, pot fi tot aşa de grave ca şi ale inimii, plămânilor, rinichilor, etc., periclitând nu numai funcţia organului, dar însăşi viaţa bolnavului. Rostul specialiştilor este să descopere şi să trateze la timp aceste afecţiuni până ce nu devin periculoase. Aceia din Dvs. care veţi îmbrăţişa această disciplină veţi găsi un câmp vast de activitate, veţi putea organiza serviciile de specialitate a căror înfiinţare nu mai poate întârzia, devenind astfel factori hotărîtori ai sănătăţii publice.

Datoria clinicelor pentru boli de nas, gât şi urechi, şi a noastră, cei care le reprezentăm, este să organizăm acest învăţământ în condiţiuni optime în vederea instruirei temeinice a viitorilor laringologi. Pe lângă educaţia lor serioasă de medicină şi chirurgie generală, condiţie sine qua non, pentru orice candidat la specializare, se impune însuşirea la perfecţie printr'o ucenicie continuă şi perseverentă a mijloacelor de examen şi pătrunderea în toate amănuntele a tehnicei operatorii care constitue fala disciplinei noastre. In vederea realizării acestui scop, care va forma idealul vieţii mele, este neapărată nevoie ca să se creieze, pentru acest învăţământ, un cadru clinic la înălţimea numelui facultăţii noastre, înzestrat cu local corespunzător, prevăzut cu laboratoarele necesare, săli de operaţii moderne şi complect utilate, instalaţie de radiologie craniană, secţie de broncho-esofagoscopie şi cu toate anexele necesare cu îngrijirea bolnavilor şi perfecţionarea candidaţilor la specializare să se facă în chipul cel mai complect posibil. In astfel de condiţiuni vom reuşi să creiem climatul necesar ca această importantă ramură chirurgicală să ajungă la desvoltarea pe care o merită şi care va contribui la ridicarea prestigiului învăţământului medical a primei facultăţi a ţării. Vom creia astfel un centru de atracţie pentru mulţi chirurgi începători şi pentru aceia dintre medicii tineri cari vor să se dedice unei specialităţi chirurgicale cu aplicaţiuni întinse în lumea suferinzilor.

REUNIUNEA MEDICALĂ REGIONALĂ DELA TIMIŞOARA

30—31 Mai 1943

de

D-r A. MACELARIU

In urma frumoaselor succese, pe cari le-au obţinut, şi a interesului, ce l-au stârnit în lumea medicală, conferinţele Domnilor profesori universitari dela cele trei Facultăţi de Medicină, precum şi comunicările Domnilor medici primari şi directori de instituţii sanitare din ţară, la reuniunile medicale regionale, redacţia revistei hotărînd a le face cunoscute prin scurte notiţe în paginile acestei reviste, în numărul de faţă, facem loc notiţelor rezumative asupra conferinţelor şi comunicărilor ţinute cu ocazia Reuniunii medicale dela Timişoara, din zilele de 30 şi 31 Mai 1943.

1) Consideraţiuni asupra fracturilor de război

de: Prof. I. IACOBOVICI (Bucureşti)

Prin fracturi de război se înţeleg în genere fracturile membrelor. Rănile cu fracturi ale membrelor sunt provenite prin arme de foc, cele mai frecvente fiind poli-fracturi, datorite proectilelor cu mare putere explosivă (caracteristice acestui războiu). Acest caracter explică marea mortalitate din câmpul de luptă, precum şi necesitatea atâtor amputaţii.

Tratamentul acestor fracturi are trei perioade:

1) Tratamentul stării de şoc (prima urgenţă);

2) Tratamentul plăgilor (a doua urgenţă);

3) Reducerea şi imobilizarea fracturei (a treia urgenţă);

După Kirschner tratamentul fracturaţilor expus în cinci puncte, se divide în două perioade:

1) Tratamentul chirurgical în perioada de transport dela găsirea rănitului până la spitalul de Z. I. şi

2) Tratamentul în acest spital până la vindecare.

Este logic deci, că scurtând cât mai mult prima perioadă cu atât rezultatele vor fi mai favorabile. Marile deplasări din războiul actual au pus problema transportului aerian, ca fiind singurul capabil să îndeplinească deziderатul de mai sus. Se expun apoi inconvenientele extensiei, ajungându-se la concluzia că cele trei metode de bază a tratamentului fracturilor: imobilizarea ghipsată, osteo-sinteza şi extensia continuă, dau rezultate tot atât de bune atunci când sunt judicios aplicate dela caz la caz.

Rezultatele acestea trebuesc să vizeze:

1) Salvarea vieţii;

2) Păstrarea membrului fracturat;

3) Obţinerea unui membru cât mai valid.

Citând pe profesorul Böhler din Viena, cel mai bun specialist actual în fracturi, conferenţiarul conclude că răniţii fracturaţi să fie îngrijiţi în acelaş spital

de specialitate, până la vindecarea definitivă, multe din insuccese datorindu-se repetatelor evacuări şi schimbări de tratament.

Deci, asigurarea transportului cât mai rapid, precum şi creerea de spitale speciale de fracturaţi, pot aduce buna soluţionare a problemei fracturaţiilor, care constitue cel mai important capitol al chirurgiei de război.

2) **D-l Prof. D-r ŞTEFAN NICOLAU,** titularul catedrei de Inframicrobiologie dela Facultatea de Medicină din Bucureşti, expune în conferinţa sa **„Virozele în lumina ultimelor cercetări"** o sumă de noţiuni cu totul noui pentru marea majoritate a publicului medical.

D-sa arată că bolile produse de virusuri (inframicrobi) sunt azi numeroase (peste 300); discută natura şi geneza inframicrobilor, se ridică energic şi ironic în acelaş timp, contra generaţiei spontane invocate, sau contra hipotezelor ce îi asimilau formele filtrabile ale microbilor; relatează câteva din proprietăţile esenţiale ce deosebesc virusurile de microbi; evidenţiază cu documente dimensiunile corpusculare ale lor, şi explică fenomenul realizat de Stanley de aşa zisă cristalizare a anumitor inframicrobi, fenomen ce pusese în discuţie separaţia *„animatului"* de *„neanimat"*.

In sfârşit, printr'o serie de exemple, dovedeşte diferenţele ce există între modul de comportare al virusurilor şi al microbilor în organism.

O serie de proecţii frumoase, executate de D-l D-r Radu Portocală, asistent la catedra de Inframicrobiologie, a pus sub ochii publicului diverşi inframicrobi aşa zişi „invizibili", precum şi diferiţi bacteriofagi, fotografiaţi cu ajutorul microscopului obişnuit, al microscopului cu raze ultra-violete, sau al supra-microscopului electrono-optic.

3) **Tratamentul funcţional al rănirilor de război**

de: **Prof. D-r A. COSACESCU (Bucureşti)**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Unele constatări făcute într'un centru de chirurgie reparatoare, ortopedie şi proteze din Iaşi, arată numărul mare de răni cicatrizate lăsând impotenţe şi deficienţe în disproporţie cu gravitatea rănii iniţiale.

S'a realizat poate prea des un tratament funcţional simplu, constând în atitudinea bună a articulaţiilor. mobilizării active şi pasive în timpul perioadei de cicatrizare, adică în momentul cel mai potrivit pentru a adapta cicatricea crudă pe cale de formaţie, deci încă plastică, la necesitatea funcţiei membrului.

In persoană şi constant, chirurgul şef trebue să instruiască şi să supravegheze personalul în subordine, care este pus să se ocupe cu pansamentele răniţilor în perioada a II-a, adica atunci când rana calmată îşi face cicatrizarea, pentru a obţine maximum de funcţiune posibil, încă din această perioadă.

4) **Progrese şi perspective în radioterapia tumorilor**

de: **Conf. D-r I. JOVIN (Bucureşti)**

Conferenţiarul arată în primul rând eroarea care consistă în a vedea în radioterapie un panaceu. Radioterapia are un efect pur local, cel puţin în majoritatea aplicărilor astăzi. Acest caracter local asimilează întrucâtva radioterapia cu chirurgia.

Arată apoi, în diverse localizări, numărul de vindecări obţinute cu raze. Numărul cel mai mare de vindecări se obţine în cancerul uterin, în care radioterapia este superioară chirurgiei. In foarte multe localizări însă, chirurgia mai păstrează încă supremaţia.

Progresele vor veni dintr'o mai bună cunoaştere a procesului intim care

se petrece în interiorul celulei, cu ocazia pătrunderii în ea a quantelor de raze şi dintr'o utilizare mai judicioasă a factorului timp. Mărirea voltajului până la 5—800.000 şi chiar un milion de volţi, va ameliora fără îndoială rezultatele cum şi vulgarizarea aparatelor de radiumterapie cu 15—20 grame va oferi perspective mult mai favorabile luptei anticanceroase.

5) Vegetaţiile adenoide: problemă de medicină socială

de: **Prof. D-r I. ŢEŢU (Bucureşti)**

Vegetaţiile adenoide, din cauza turburărilor de ordin fizic şi intelectual ce produc asupra copiilor şi din cauza multiplelor complicaţii ce cauzează în arborele respirator, tubul digestiv, aparatul circulator şi sistemul nervos, au depăşit de mult cadrele specialităţii rinologice, cucerindu-şi un loc de frunte în patologia şi igiena infantilă.

Forma lor obstruantă împiedică respiraţia nazală, influenţează auzul, contribuind la îngroşarea rândurilor celor tari de ureche, modifică desvoltarea scheletului maxilo-facial şi toracic, formând tipul cunoscut, de adenoidian. Cea infecţioasă ţine sub dependenţa sa patologia tracheo-pulmonară şi gastro-intestinală, întreţinând stări infecţioase cronice, cari debilitează organismele tinere, predispunându-le să contracteze cele mai serioase complicaţiuni intercurente.

Cunoaşterea şi diagnosticarea vegetaţiilor adenoide este obligatorie pentru orice medic practician, mai ales pentru pediatri. Depistarea lor se face cu uşurinţă în şcoli, internate, grădiniţe de copii, azile, etc., unde se poate şi trata.

Lupta antiadenoidiană va fi intensificată mai cu seamă în mediul rural, prin echipe volante, din care vor face parte şi un oftalmolog, stomatolog şi ftiziolog, pentru a-i da o amploare cât mai mare, cari prin examinarea în masă a copiilor sunt de un real folos sănătăţii publice. Cei descoperiţi ca purtători de vegetaţii adenoide, după pregătirea prealabilă, vor fi operaţi, scăpându-i astfel de un factor patologic producător de atâtea rele.

Lupta contra vegetaţiilor adenoide, constitue o măsură de igienă şcolară de primul ordin, se poate organiza în fiecare judeţ unde există un serviciu spitalicesc de specialitate, este uşor de organizat şi prin binefacerile ce realizează trebue să se situeze pe primul plan al preocuparilor noastre sanitare.

6) Funcţiuni noui ale nervilor periferici

de: **Prof. D-r VICTOR PAPILIAN (Sibiu)**

Autorul expune cercetările facute în Institutul de Anatomie din Cluj-Sibiu în colaborare cu d nii: D-r I. Gh. Rusu, D-r C. Antonescu, V. V. Papilian, D-r A. Nana şi D-r I. Pacurariu.

Comunicarea D-sale cuprinde două părţi. In prima parte se arată o funcţiune nebănuită a nervilor genito-crurali şi inter-costali. Luând ca text de experienţă sincopa adrenalino-cloroformică s'a demonstrat că prin secţiunea nervului genito-crural din partea stânga sincopa nu este împiedecată, în timp ce prin secţiunea nervului genito-crural din partea dreaptă, sincopa este împiedecată.

Autorul explică producerea sincopei adrenalino-cloroformice printr'un desechilibru brusc produs între sistemul presor şi depresor. Pentru autor nervul genito-crural din partea stângă ar fi un nerv presor analog cu nervul vertebral, iar cel din partea dreaptă un nerv depresor, analog cu nervul Cyon-Ludwig şi Hering. Se insistă asupra faptului că sistemele presoare şi depresoare nu sunt localizate numai la nervii mai sus citaţi, ele fiind răspândite şi în alţi nervi cum ar fi de exemplu nervul genito-crural.

De asemeni insistă asupra funcţiunii antagoniste a antimerelor.

Aceleaşi concluziuni le trage şi asupra nervilor intercostali, la care însă rezultatele nu sunt atât de constante.

In partea a 2-a a comunicării d-lui Prof. Papilian ne arată acţiunea nervilor occipitali mari (Arnold) în echilibrarea sensibilităţii dependinte de ganglionul lui Gasser. Pentru D-sa sensibilitatea capului ar fi sub dependinţa unui sistem antagonist compus din simpatic (ca inhibitor) şi de nervii lui Arnold (ca excitatori). Pe baza acestor constatări anatomo-fiziologice D-sa a preconizat anestezierea nervilor occipitali mari în tratamentul cefaleelor, restabilind astfel echilibrul tulburat dintre sistemul excitator şi inhibitor al sensibilităţii capului.

7) Aspecte din tuberculoza infantilă în Banat

de: Medic Primar D-r I. NEMOIANU (Timişoara)

D-l Medic Primar arată în comunicarea sa că morbiditatea şi mortalitatea infantilă prin tuberculoză prezintă un aspect serios atât în Municipiul Timişoara cât şi în mediul rural al Banatului.

Pentru profilaxia tuberculozei infantile propune depistarea în massă a adulţilor tuberculoşi prin metodă microradiofotografiei lui Hollfelder, iar pentru depistarea în massă a copiilor bolnavi propune proba biologică, care în caz de pozitivitate, urmează să fie complectată cu examenul clinic, radiologic, hematologic şi eventual bacteriologic.

Pe baza acestora şi a tuturor celorlalţi factori, ca vârsta copilului, constituţia, starea socială şi igienică a familiei, copiii bolnavi de tuberculoză vor fi clasificaţi fie pentru îngrijire familială, fie pentru cea instituţională.

Această activitate e posibilă aproape numai cu mijloace locale şi modeste, deoarece imensa majoritate a copiilor atinşi de tuberculoză poate fi îngrijită în mediul familial, rămânând pentru cură sanatorială numai anumite forme de tuberculoză postprimară.

8) Structura familiei româneşti

de: D-r C. RADU (Arad)

Forma cea mai ideală a familiei este aceia patriarhală monogamă, deoarece prin mijlocirea ei, atât patrimoniul biologic ereditar al neamurilor, precum şi conţinutul lor social, câştigă securitatea şi continuitatea trebuincioasă pentru crearea unor bunuri spirituale, morale şi materiale superioare. Familia românească este aşezată încă dela începuturile sale, pe o osatură biologică şi socială viguroasă, plămădită fiind din sângele strămoşesc şi închegată prin moşie — spaţiu, tradiţie şi idealuri comune.

Din nefericire, sub influenţa civilizaţiei contimporane se arată oarecari semne de slăbiciune în organismul familiei noastre, şi în deosebire a aceleia din mediul urban. Căci, până când în mediul rural, raporturile biologice şi sociale se menţin încă strânse prin puterea idealului comun al familiei, care este moşia, cât şi prin puterea tradiţiei, familia orăşenească în lipsa unui asemenea ideal, aleargă desmetică spre destrămare. Spre a preveni descompunerea se cer măsuri grabnice cari, la sat, se rezumă în oprirea procesului de desrădăcinare, prin întărirea materială şi morală a familiei ţărăneşti, iar la oraş, prin crearea unui ideal comun, care pentru moment nu poate fi altul decât acel al închegării unui conţinut etno-biologic.

D-r A. Măcelariu

ANALIZE

Anatomie-chirurgie

SISTEMUL AORTIC SUPERIOR

de

D-r DORIN DUMITRESCU
Conferenţiar la Facultatea de Medicină din Bucureşti
Chirurg primar la Spitalul „Regele Mihai I"
al C. N. Asig. Sociale

cu 127 figuri în text, desemnate de P. Velluda
Prefaţa de: Prof. D-r I. I. IACOBOVICI

Editura „Cartea Românească" Bucureşti, 1943

D-l D-r Dorin Dumitrescu, Conferenţiar la Fac. de Medicină din Bucureşti şi medic primar chirurg la Spitalul „Regele Mihai I" al Casei Asig. Sociale, a întreprins a scrie un **Tratat de terapeutică chirurgicală** unic ca concepţie şi excepţional ca prezentare în literatura mondială. Vol. I, care tratează despre **Anestezie**, vol. III, care tratează despre **Desarticulaţii şi amputaţii**, vol. IV, care tratează despre **Terapeutica chirurgicală a nervilor**, în colaborare, se află în pregătire. Din vol. II, care tratează despre **Terapeutica chirurgicală a arterelor**, a apărut numai Partea II-a, **Sindromul aortic superior**, pe care o prezentăm publicului medical românesc în recenzia de faţă. Partea I, care tratează despre **Terapeutica chirurgicală a arterelor în general**, se află în pregătire. Partea III-a, care tratează despre **Sistemul aortic inferior**, se află deja sub tipar.

Cea mai autorizată prezentare n-o poate face decât un chirurg mare. De aceea redăm „Prefaţa" ce-i scrie D-l Prof. D-r I. Iacobovici.

Şcoala română de chirurgi-anatomişti se consacră acum prin lucrarea monumentală a D-lui Dorin Dumitrescu.

Şcoala aceasta a fost întemeiată la Bucureşti de marii anatomişti şi virtuoşii chirurgi, cari au fost Thoma Ionescu, Ernest Juvara şi Dimitrie Gerotă.

Chirurgia în executarea sa cere în mod imperios cunoaşterea terenului normal şi a celui patologic.

Toate celelalte cunoştiinţe şi în special cele de fiziologie, fizio-patologie, anatomie patologică sunt indispensabile pentru chirurgie, însă anatomia chirurgicală este baza actului chirurgical.

Cunoaşterea perfectă a terenului dă chirurgului calmul indispensabil şi siguranţa mânei. S'a obiectat neîncetat că terenul chirurgical nu este acelaşi cu terenul anatomic. Obiecţiunea este fundată deseori, dar cel care cunoaşte terenul anatomic se orientează mai uşor pe cel chirurgical, decât cel care nu cunoaşte nici pe unul, nici pe celalt.

Chirurgia se poate face şi fără cunoştiinţe precise de anatomie şi se poate

face chiar cu oarecare succes. Afirmația aceasta este justă, fiindcă actul operator este numai o parte din complexul chirurgical. Răușita în chirurgie ține de o serie întreagă de acțiuni cari executate logic, bine și la timp, duc la rezultae bune.

Acest complex chirurgical este desvoltat judicios în lucrarea aceasta.

Să deschidem la capitolul trei, unde autorul studiază artera umerală. Se începe prin descrierea anatomo-chirurgicală a acestei artere. Urmează apoi descoperirea arterei umerale. La descoperire se precizează: poziția bolnavului a chirurgului, punctele de reper, linia de operație. Se descriu apoi regiunile unde se fac ligaturile: plica cotului și mijlocul brațului. La considerațiuni clinice și terapeutice se descriu: contuziile, plăgile, tratamentul acestora. Se menționează leziunile umeralei în fracturile umerului, în luxațiile cotului, sindromul lui Volkmann. Leziunile anevrismale ale umeralei sunt descrise pe larg.

Capitolul se încheie cu o bibliografie foarte bogată.

Toate ramurile aortei superioare sunt descrise în modul acesta.

Trebue amintită cu deosebire carotida primitivă cu toate particularitățile acestei artere. Aci se studiază corpusculul carotidian.

Studiul acestuia și al sinusului carotidian făcut de școala românească, a deschis noi orizonturi în practica medicală.

Volumul este bogat ilustrat cu figuri în mare parte originale, făcute cu mult talent de D-l Veluda, după preparatele D-lui Dorin Dumitrescu.

Volumul apare în condițiuni cu totul excepționale, chiar pentru timpuri normale. O hârtie fină, un tipar deosebit de îngrijit fac din acest volum, una din cele mai frumoase cărți de știință din ultimul timp.

Pregătirea anatomică minuțioasă a D-lui Dorin Dumitrescu, practica lui chirurgicală asiduă din toate timpurile, dar cu deosebire din ultimul timp în cadrul Catedrei de Terapeutică Chirurgicală, au îngăduit autorului să dea descrieri pe cât de precise, pe atât de utile.

Cunoașterea limbilor germană, franceză, engleză și italiană, au permis autorului să utilizeze toate sursele bogate din aceste literaturi medicale.

Imi îndeplinesc o datorie de a recomanda cu toată căldura această carte pe cât de frumoasă, pe atât de utilă și interesantă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In „Cuvânt înainte", autorul — după ce sub formă de „Motto" dă, după Gustav Biedermann Günther, definiția chirurgului [1]); după ce, luând ca martor pe credincioșul „Costică", cunoscut tuturor celor cari au trecut prin sălile de disecție ale Facultății de Medicină din București, în deosebi celor cari disecau și în zilele de sărbătoare [2]), arată truda întocmirii acestei monumentale opere [3]); după ce cheamă și pe alții, care vor împărtăși modul său de a vedea, să colaboreze la această înfăptuire și să complecteze planul său inițial — reproduce din prezentarea elogioasă ce D-nii Prof. I. Iacobovici, Amza Jianu și Hortolomei au făcut pentru Casa Asig. Sociale, care a subvenționat apariția primelor 2 volume, caracterizarea următoare:

---

1) Der helle Geist, der frische Mut
Die sich're Hand, das kalte Blut,
blitzschnelles Handeln nach ernsten Bedacht,
das ist's, was den Chirurgen macht.

2) Unora, cărora le încredința cheia dela ușa din dos a sălii de disecție, și cari disecau până la ultimul tramvai electric dela podul Sft. Elefterie.

3) Analizând, răsfoind și comentând sute și mii de reviste (cunoașterea limbilor germană, franceză, engleză și italiană, au permis autorului să utilizeze toate sursele bogate din aceste literaturi medicale — Iacobovici), zile, săptămâni și luni de-a-rândul într'o încăpere mică de lângă sala cea mare a Bibliotecii Fac. de Medicină din București, cameră cu o sobă improvizată la căpătâi, iarna, vara când arșița topea până și asfaltul la umbra castanilor seculari.

a) Din punct de evdere anatomo-topografic, autorul redă noţiunile necesare pentru cunoaşterea regiunei pe care o străbate artera, apoi analizează colateralele ei şi anomalii e demne de a fi cunoscute.

b) Din punct de vedere chirurgical, autorul descrie căile de acces ale arterei, studiază procedeele clasice şi moderne, pe cari le însoţeşte de judicioase consideraţiuni critice.

c) Din punct de vedere clinic, fiecare arteră în parte este de asemenea studiată, şi această patologie chirurgicală aplicată este foarte interesantă, cu atât mai mult cu cât nu se găseşte în niciun tratat străin.

Studiul fiecărui articol este precedat de un sumar foarte util pentru a căpăta o vedere de ansamblu asupra capitolului respectiv şi se încheie cu o bibliografie extrem de amănunţită analizată în cursul lucrării, a tutulor lucrărilor accesibile, printre cari lucrările româneşti figurează la locul de cinste.

Mărginându-ne la prezentarea acestei unice opere în literatura medicală, prin reproducerea aprecierilor şi caracterizării ei de câtiva din cei mai reputaţi chirurgi români, socotim că autorul care ne-a cinstit literatura şi ţara, publicând-o în limba românească, o va traduce în limbile străine, a căror literatură originală a consultat personal, pentru a o pune la îndemâna tutulor.

M. C.

Igienă şcolară

IGIENA UNIVERSITARĂ LA CLUJ

de

L. S. DANIELLO, N. BUMBĂCESCU şi DIMITRIE TUDORANU

Tip. „Cartea Românească", Cluj-Sibiu, 1943.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Principalele concluzii de ordin practic pe care le-au putut trage autorii din experienţele câştigate în cursul celor 16 ani de activitate în domeniul igienei universitare la Cluj, sunt următoarele:

Pentru asistenţa curativă a studenţimii sistemul de asigurare în caz de îmbolnăvire, practicat la Cluj timp de 20 de ani, a dat rezultate foarte satisfăcătoare. Contra unei taxe modeste, plătite de toţi studenţii la înscriere, cei îmbolnăviţi au dreptul la internare şi tratamente gratuite în clinici.

O supraveghere şi protejare eficace a sănătăţii studenţimii nu se pot face numai prin consultaţii gratuite, la care studenţii se prezintă din proprie iniţiativă sau îndemnaţi de o propagandă igienică în universitate, căci prin acest sistem pot fi examinaţi în cazul cel mai bun 25% din totalitatea studenţilor. Pentru depistarea tuberculozei şi profilaxia ei, dar şi pentru diagnosticarea sifilisului latent, a cardiopatiilor organice sau a altor boli incompatibile cu anumite eforturi profesionale, metoda consultaţiilor gratuite este, de cele mai multe ori de o valoare foarte restrânsă, căci prin ea majoritatea îmbolnăvirilor sunt descoperite tardiv sau rămân necunoscute. Ca măsură de asistenţă curativă consultaţii gratuite pentru tuberculoză, boli interne, boli venerice, afecţiuni dentare, etc., sunt necesare. Dacă mijloacele materiale o permit este recomandabil ca dispensarele studenţeşti ale universităţilor să fie polivalente.

Stabilirea exactă a morbidităţii generale printre studenţi se poate face numai cu ajutorul unui **examen medical obligator,** cât mai complect, executat de echipe de specialişti, după tehnica utilizată la Universitatea din Cluj, în locul radioscopiei ar fi probabil să se introducă radiografia (Schirmbildphotographise), fiind o metodă mai rapidă, mai exactă şi mai lipsită de riscuri pentru examinator.

Pe lângă reacţia Bordet-Wassermann recomandă să se execute cu

ocazia examenului obligator şi cuti- sau intradermo-reacţiunea cu tuberculină, pentru a putea supraveghea în mod deosebit cazurile neinfectate cu tuberculoză şi expuse infecţiei. Această reacţie trebue neapărat practicată la studenţii în medicină, printre care se constată cele mai numeroase primo-infecţiuni în cursul studiilor universitare.

Cu ajutorul examenului medical obligator şi a consultaţiilor gratuite date de Dispensarul Studenţesc, morbiditatea de tuberculoză printre studenţii Universităţii din Cluj a fost diminuată în măsură foarte însemnată, scăzând dela 2,60% cât a fost în medie la primii cinci ani, la 1,20% în ultimii cinci ani. Totuşi ea este încă şi în prezent aproximativ de 3 ori mai mare decât la multe universităţi străine.

Pentru a reduce la maximum posibil proporţia îmbolnăvirilor tuberculoase printre studenţii universitari, examenul medical obligator trebue repetat la începutul fiecărui an pentru toţi studenţii, iar nu limitat numai la cei din anul I, cum am fost siliţi s'o facem la Cluj, din motive de ordin material. Numai astfel se vor putea descoperi toate nouile îmbolnăviri survenite în cursul studiilor universitare, izolându-se cazurile contagioase.

Pentru studenţii debili, convalescenţi sau predispuşi la îmbolnăviri tuberculoase, universităţile trebue să posedă câte un cămin de odihnă la munte (preventor), care să funcţioneze în tot cursul anului.

Înfiinţarea unui sanator studenţesc interuniversitar, propusă de autori deja în 1925, este de cea mai mare necesitate, pentru internarea şi tratarea numeroaselor cazuri de tuberculoză pulmonară survenite printre studenţi.

Educaţia fizică sistematică şi sporturile practicate pe lângă un control medical permanent sunt un excelent mijloc de conservare a vigorii trupeşti şi formare a caracterului. Ele trebuesc introduse obligator în programele universităţilor, iar acestea trebuesc dotate cu parcuri sportive asemănătoare celui dela Cluj.

Pentru ameliorarea condiţiilor generale de viaţă ale studenţimi vor trebui consrtuite în viitor şi la noi cetăţi universitare moderne, după modelul celor existente în străinătate.

Consultaţiile medico-psihologice în vederea orientării profesionale s'au dovedit a fi o complectare foarte utilă a organizaţiei de asistenţă a studenţilor universitar.

M. M. R.

Sânge

TRANSFUZIA CU SÂNGE CONSERVAT

de

D-r G. BENETATO
Profesor la Facultatea de Medicină Cluj-Sibiu

Sibiu, Inst. grafic „Dacia Traiană", 1943.

O lucrare de documentare, control şi de elaborare personală, care a apărut în cadrul „Centrului de transfuzie şi de conservarea sângelui" înfiinţat la începutul anului 1942, pe lângă Institutul de fiziologie al Facultăţii de Medicină Cluj-Sibiu, prin iniţiativa Soc. de Cruce Roşie, filiala Sibiu, şi cu sprijinul Ministerului Sănătăţii şi al Ocrotirilor Sociale, autor fiind D-l D-r Prof. Gr. Benetato, directorul Institutului, în colaborare tehnică cu D-nii D-ri R. Oprean, T. Agărbiceanu şi T. Tudoran.

Sunt tratate în capitole succesive: Evoluţia şi problemele actuale ale transfuziei. — Caracterele sanguine de grup şi identificarea lor. — Selecţionarea donatorilor de sânge. — Conservarea sângelui. — Utilizarea sângelui conservat. — Acţiunea terapeutică a sângelui conservat. — Accidentele de transfuzie datorite sângelui conservat.

Numeroase observaţii clinice redate în cursul tratării arată că transfuzia cu sânge conservat este lipsită de orice pericol, este tot atât de eficace ca transfuzia cu sânge proaspăt, este aplicabilă nu numai în cazurile speciale ale răniţilor pe front, sau în cazurile de acţiune urgentă când transfuzia directă nu este la îndemână, dar în orice împrejurări când o transfuzie este indicată, este practicabilă în instituţiile medico-sanitare ca şi în practica personală, nu dă decât un procent de 2% accidente, (la alţi autori procentul a variat dela 7,4%—80%) şi de minimă importanţă (frison, urticaria).

Concluziile generale, ce redăm mai jos, expun avantagiile multiple ale acestei metode terapeutice, care va trebui să intre în practica curentă.

Din cercetările de laborator şi observaţiile clinice făcute de noi cu scopul de a stabili condiţiile tehnice mai potrivite pentru conservarea sângelui, de a preciza acţiunea terapeutică a acestui sânge şi de a fixa normele pentru evitarea accidentelor de transfuzie, se pot trage următoarele concluziuni:

1. Se descrie o tehnică de conservare simplă, expeditivă şi eficace care constă în recoltarea sângelui prin „metoda deschisă", adică sub forma unui jet liber; în stabilizarea lui cu ajutorul unui lichid glucocitratat, compus din 3 părţi citrat de sodiu 30% şi 4 părţi glucoză 40%, care se amestecă cu sângele în proporţie de 7% şi păstrarea la temperatura de 2°—4°.

2. Dintre caracterele morfologice, biologice şi fizico-chimice ale sângelui, unele se alterează la 3—4 zile după conservare (leucocite, trombocite, puterea fagocitară şi bactericidă, proteinele plasmatice), iar altele, în special acelea care condiţionează într'o măsură însemnată valoarea substitutivă şi inocuitatea sângelui, se păstrează timp de 3—5 săptămâni (hematii, rezistenţa globulară, reacţia sângelui, presiunea coloidosmotică). Deosebirea între sângele conservat şi cel proaspăt nu constă numai într'un deficit de elemente morfologice şi în scăderea activităţii biologice a sângelui, ci şi în prezenţa produşilor de denaturare şi desagregare cu acţiune biologică evidentă, însă incomplet lămurită.

3. Sângele conservat după tehnica noastră, fiind lipsit de microchiaguri, se administrează fără o prealabilă filtrare, ca orice injecţie intravenoasă.

4. Din observaţiile noastre făcute prin 405 transfuzii pe 215 bolnavi de diferite categorii (stări de şoc hemoragic şi posttraumatic, anemii acute, cronice şi secundare, maladii sanghine, infecţii acute şi cronice, localizate şi generalizate, stări toxice şi postoperatorii, afecţiuni cutanate, disfuncţii endoglandulare), reese că efectul terapeutic al sângelui conservat, constând în acţiune de substituire şi desintoxicare, în hemostază, în stimularea şi normalizarea eritropoeziei şi a reacţiilor de apărare, este în general asemănător, iar în unele privinţe chiar mai exprimat decât al sângelui proaspăt (acţiune hemóstatică şi eritropoetică). Efectul terapeutic optimal al sângelui conservat, poate fi obţiunt potrivind vechimea şi cantitatea sângelui administrat după natura boalei şi evitând accidentele secundare ale transfuziei.

5. Accidentele grave ale transfuziei, datorite incompatibilităţii de grupă pot fi evitate, întrebuinţând pentru transfuziile urgente (zona de operaţiuni militare, accidente nocturne, transfuzii neprevăzute făcute pe masa de operaţie), în care proba prealabilă de compatibilitate şi chiar tehnica de transfuzie a lui Oehlecker nu pot fi executate, numai sânge conseravt de donator universal identificat în aşa fel încât să evităm confuzia posibilă între grupele O şi A, (cu hemoteste A, B şi O) şi selecţionat prin eliminarea sângelui cu putere aglutinantă excesivă (peste 1/1000—1/2000). In cazul transfuziilor făcute dela grupă la grupă şi la primitor universal, în special dela A la A şi la AB şi dela AB la AB, proba directă de compatibilitate s'a dovedit a fi absolut necesară.

6. Din experienţa pe care o avem cu sângele selecţionat şi conservat după tehnica şi normele indicate de noi, rezultă că acest sânge este mult mai bine tolerat decât transfuzia directă. Accidentele mai grave ale transfuziei, ca şoc hemolitic, embolie cu chiaguri, infecţie, complicaţii renale (hematurie,

albuminurie, nefrită posttransfuzională, oligurie, anurie şi uremie) şi turburări cardiovasculare (colaps) nu s'au produs în niciunul din cazurile noastre, iar reacţiile posttransfuzionale uşoare, constând din frisoane şi erupţiuni urticariene de mică intensitate, s'au înregistrat numai în 8 cazuri din totalul de 405 transfuziuni, deci cu o frecvenţă de 2%.

2. Superioritatea vădită a procedeului de transfuzie cu sânge conservat de noi faţă de transfuzia directă, se evidenţiază în deosebi în cazul primitorilor „periculoşi", predispuşi pentru accidente posttransfuzionale (maladii hepatice şi renale, infecţii grave generalizate, maladii sanghine şi cutanate). Intr'adevăr, toţi bolnavii din categoria celor periculoşi, în număr de aproape 100, au suportat practic fără niciun accident transfuziile cu sângele selecţionat şi conservat după normele şi tehnica indicată de noi.

8. Inocuitatea sângelui conservat de noi poate fi explicată pe deoparte prin tehnica de recoltare şi de conservare, care reduce la minimum pericolul de infectare a sângelui şi exclude posibilitatea de formare a microchiagurilor iar pe de altă parte prin acţiunea protectoare a stabilizatorului întrebuinţat de noi, care menţine rezistenţa globulară chiar la variaţiile mediului osmotic, împiedicând prin aceasta hemolizarea sângelui în timpul conservării şi chiar „in vivo", adică în organismul gazdei (hemoliză posttransfuzională).

9. Frecvenţa extrem de mică a accidentelor secundare înregistrate de noi se datoreşte în parte şi faptului că vechimea sângelui conservat întrebuinţat de noi a fost relativ mică, şi anume de 1—16 zile în 94,90% şi de 17—28 zile în 5,1% din cazuri, variind cu natura afecţiunilor tratate.

10. In fine, dacă acceptăm părerea majorităţii autorilor după care accidentele secundare ale transfuziei sunt datorite „instabilităţii" sângelui şi reacţiilor alergice declanşate de acest sânge, atunci am putea presupune, dată fiind inocuitatea perfectă a sângelui conservat de noi, că lichidul stabilizant şi conservarea însăşi produc o „stabilizare" coloidală a sângelui, fapt evidenţiat de noi prin proba de „synautrophilie" a lui **Benda** şi că sângele conservat de noi, datorită probabil glucozei pe care o conţine în cantităţi considerabile, atenuează intensitatea reacţiilor alergice posttransfuzionale.

11. Intrebuinţarea sângelui selecţionat, conservat şi administrat după normele indicate de noi, prin faptul că reduce la minimum frecvenţa accidentelor posttransfuzionale şi în acelaşi timp nu necesită eliminarea donatorilor şi a primitorilor „periculoşi", permite obţinerea unor efecte terapeutice optimale şi lărgeşte mult domeniul şi posibilităţile de aplicaţie ale transfuziei.

Cursul de „Iniţiere în tehnica de conservare a sângelui" care s-a organizat pentru medicii şefi de laboratoare din Ardeal între 21—27 Iunie 1943, la Centrul de transfuzie din Sibiu, va trebui generalizat în toată ţara. Asemenea centre, cari nu se pot bucura de o conducere tehnică atât de autorizată ca aceea dela Centrul din Sibiu, se vor organiza numai în câteva laboratoare regionale, cari vor deservi şi întreţine la vreme aprovizionarea regiunilor vecine.

M. C.

Varia

DIVERSE

de

Prof. S. D. LALU

2 fasc., Tip. „Cultura", Buc., 1943

„Diversele" D-lui D-r S. Lalu, Prof. onorar al Fac. de Medicină din Bucureşti, reprezintă aspectele variate ale activităţii sale, medicale şi paramedicale, desfăşurate în laboratoarele din străinătate, în care şi-a făcut studiile, precum şi în cadrul Facultăţilor de Medicină

din Iaşi şi din Bucureşti, în care a funcţionat ca profesor de fiziologie şi de farmacologie, în contact cu diverse personalităţi medicale române sau străine, şi cu studenţii.

Sunt atât de instructive, nu numai distractive, aceste amintiri, încât al III-lea fascicol se face dorit; fascicol în care autorul, un contemplativ care are un spirit atât de fin de observaţie şi trage concluziuni cu putere de aplicare în cazuri altele decât cele personale, să prezinte şi aspecte ale activităţii omeneşti şi româneşti, altele decât cele medicale.

Amintirile D-lui Profesor Lalu, iradiază nespusă căldură sufletească, care depăşeşte pe cei din juru-i; iar uşoara ironie de care le însoţeşte pe alocurea nu supără, cel mult fixează atenţia, fiind în ea mai mult duioşie decât intenţie de a înţepa.

Cât despre stilul uşor şi curgător, a cărui facilitate este oarecum subliniată prin punctele intercalate în cursul unei fraze sau adăogate la sfârşitul unui period, nu putem decât regreta că D-l Prof. Lalu, fiind dată multilateralitatea personalităţii sale, n-a consacrat mai de demult şi în mai largă măsură timp talentului său de scriitor înnăscut.

FASC. I: Elogiul Prof. Paulescu. Suplinitia cursului de fiziologie. Lecţiunea din 2 Dec. 1931. — Lecţiunea din 4 Dec. 1931. Tricentenarul lui Harvey. Profesorul Dastre. Recenzie: Prof. Dobrovici: „Origines de la Biologie— Hippocrate". — **Diverse şi aceleaşi:** Cursul de introducere la studiul farmacologici. Lecţiunea de deschidere la Fac. de Medicină din Iaşi, 1913. Lecţiunea de început de an, 19 Noembrie 1915. Lecţiune la redeschiderea Fac. de Medicină din Iaşi, 6 Noembrie 1918. Cele dintâi lecţiuni la Fac. de Medicină din Buc. Lecţiunea din 1 Dec. 1920. Lecţiunea din 8 Dec. 1920. — **Anexe:** Specialităţile farmaceutice. Medicamente: „Pro-pauperi". Alcoolul aliment? — **Profesionale:** Profesionale. Inceput de an şcolar 1934—1935. Către Decan, Bucureşti, 20 Mai 1935. Modificarea legii şi regulamentului Fac. de Medicină. In chestiunea organizării învăţământului. Şedinţa Consiliului Fac. de Medicină din 22 Ian. 1940. Câteva reflexii. In chestiunea unui fiş er medical românesc. In chestiunea balneo-climatică. Adresă Consiliului Facultăţei, 20 Ian. 1938. Cazul Boivin. Consiliul Fac. de Medicină, din Buc., şedinţa din 20 Feb. 1937.

FASC. II: **In Memoriam:** Ernest Juvara. Anibal Theohari. Profesorul Cantacuzino. — **Pagini triste:** Comemorarea medicului erou Vasile Răşcanu, şedinţa Societăţii Studenţilor în Medicină dela Iaşi, 2 Mai 1919. La înmormântarea lui Iulian Kammer, Sept. 1894. Inmormântarea Profesorului Măldărescu, 1927. La înmormântarea Prof. Mihai Stamatin, 29 Sept. 1922. Cuvântare la înmormântarea d-lui Albert Weissman, 4 Ian. 1934. Doctorul Nicolae B. Ionescu, 3 Ian. 1939. La înmormântarea lui Ion Marcu, 5 Dec. 1940. — **Ocasionale:** Quelques mots à la petite fête de „fin d'année scolaire" à l'institution internationale du 57 avenue Malakoff, 26 Iulie 1899. Allocution au banquet d'adieu, en l'honneur du Prof. Boivin. Paroles adressées à Mr. le Prof. Boivin à la clôture de cours de Chimie-Phsique. A l'occasion de la mission de Monsieur le Professeur Duval en Roumanie. Vizita şi conferinţele d-lui Profesor Ambard. Pour la centenaire de la naissance de Madame Marie W. Monod, née Vallette. Paroles prononcées au Country-Club de Bucarest, dîner offert à Mr. William Culberston. Banchet în onoarea d-lui Prof. Toma Ionescu, 6 Feb. 1910. Notă. Inaugurarea Spitalului din Piatra-Neamţ. Din întâmplările vieţii, omagiu Prof. N. Gheorghiu. Vizita d-lui Prof. Pautrier. Sărbătorirea Prof. Manicatide. Sărbătorirea d-lui D-r Petre Viţo anu. Adresă de mulţumire către Consiliul Fac. de Medicină din Bucureşti. Omagiu d-lui Prof. Gheorghe Nedioglu. Pentru Prof. Bălăcescu. Pagina Prof. Iacobovici. Lui Bălăcescu. O mamă dulce mamă. Cuvinte adresate ca preşedinte la Societatea „Apretura". Anecdote?

Acest timp, altădată măsurat, acum îi stă larg la dispoziție. Rândurile ce consacră prof. universitar și studentului, pe care reproduși în serie îi cunoaște de aproape din viața universitară care leagă strâns pe profesor de student, ar putea fi reluate și amplificate în pagini de antologie clasică. Spiritul viu de observație, de care dă dovadă, nu se va lăsa însă pradă bunătății sufletești care țâșnește fără voie, și îi va jugrăvi pe unul și pe altul în culorile adevărate, care nu sunt peste tot trandafirii.

Neputând insista asupra fiecărui capitol în parte, ne mărginim a semnala acum din cuprinsul ce prezentăm, paginile scrise în N-brie 1940 și la 7 Ianuarie 1943 — cu gândul bun adresat zețarilor cari l-au cules (de care adevărații scriitori se leagă sufletește), adresat studenților care totdeauna l-au iubit și Facultății cu colegii cari nu l-au înțeles pe cât a prețuit; — cu procesul de conștiință în fața autodafeului fișelor personale, pe care îl sufăr toți cei cari au pus ceva din sufletul lor când le-au cules; — cu schițarea precisă a rostului învățământului, a rolului proefsorului și a datoriei studentului; — cu sublinierea de către un mânuitor de droguri a puterii de vindecare a naturii; — cu punerea înainte a contribuției medicului la progresul civilizației și la fericirea multă-puțină a omului pe pământ; — iar, în paginile cari urmează (Elogiul Prof. Paulescu), sau în aprecierile cari revin în desfășurarea amintirilor, cu cultul vieții oamenilor mari pe care i-a cunoscut.

Asemenea carte de amintiri, cu astfel de cugetări și sentimente, este mai mult decât o carte distractivă, reprezintă o operă instructivă, pilduitoare și înălțătoare. Pe un fond filosofic, constitue un „memento mori" care nu trebue să înfricoșeze, ci să ne trezească la timp (pensionarea nu este numai decât un avertisment), pentru ca cu bilanțul ce fiecare va încheia la sfârșitul vieții, să poată avea măcar satisfacția datoriei împlinite, cât mai bine îndeplinite.

Vom reveni asupra materiei variate expusă în această lucrare și cu voia autorului, vom reproduce crâmpee cari se leagă de propria sa mai mult simțită și gândită, ceea ce îi crește valoarea, decât trăită.

M. C.