ANUL XVII-lea, No. 3—4 MARTIE şi APRILIE 1944

ACTA MEDICA ROMANA

- MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ -

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 - MIHĂEŞTI
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:
M. CĂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

Pag.

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CANCIULESCU: **Rolul medicinei şi al medicului în timp de război** 183

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

C. V. ANTONESCU: **Influenţa extractului hepatic asupra acţiunei cardio-vasculare a clorurei de carbaminoilcholină** 187

C. DANIEL: **Asupra acţiunei novocainei injectată intravenos în prevenirea acceselor epileptice** 195

GR. GR. IAMANDI: **Harta anofelismului în România** . . . 211

I. MACAVEI: **Tratamentul ulcerelor gastro-duodenale cu hormoni sexuali** 219

M. NASTA şi GH. BUNGEŢEANU: **Infiltrate fugace hipergice tuberculoase** 227

NINA VORNICESCU-ŞCHIOPU: **Acţiunea paradoxală a adrenalinei în maladia serica** 241

(Urmare pag. 2 cop.)

5480 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

999

Pag.

A. I. ZORAN, L. MIRCEA şi M. ZORAN-TOADER: **Sulfamidoterapia la sugari** 249

FAPTE CLINICE

M. COPĂCEANU şi H. COLUMB: **Consideraţii asupra unui caz de osteomielită tratat prin rezecţii subperiostale** 255

CORNEL IVAN: **Sarcina ectopică abdominală, în legătură cu un caz** 259

ŞT. MATACHE: **Blenoragia şi şancru moale intrauretral la bărbat** 263

I. FENEŞANU: **Emphizemul subcutanat în tratamentul pleureziilor şi peritonitelor serofibrinoase** 267

ORGANIZARE SANITARĂ

M. POPLUCA: **Organizarea serviciului sanitar militar, cu o privire specială asupra funcţionării spitalului chirurgical Z. I. 162** . . 271

ISTORIA MEDICINEI

V. GOMOIU: **Chirurgia românească** — Partea I 281

H. SARAFIDI şi N. VĂTAMANU: **Ftiriaza în antichitate** . . 291

COMEMORARE

I. GLĂVAN: **Profesorul Vasile Vlădescu — cu prilejul împlinirii a 100 ani dela naşterea sa** . . 294

NECROLOG

D. IONESCU: **† Prof. D-r G. Proca (1867—1943)** 298

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Colaboratori... pag. XI. — **Din sumarele viitoare...** pag. XII. — **Lucrări primite la redacţie...** pag. XIV. — **Publicitate farmaceutică...** pag. XVI. — **Condiţiile de publicare, publicitate şi abonament...** pag. XVIII.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CENZURAT

ANUL AL XVII-lea

Inscrisă în registrul publicaţiilor periodice al Trib. Dolj No. 4/1938
Propr.: D-r M. Cânciulescu

No. 3-4/1944

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂŢI

D-nii: Agregat A. BABEŞ (Buc.), Prof. G. BANU (Buc.), Prof. V. BOLOGA (Sibiu), Prof. V. CIOCÂLTEU (Buc.), Prof. D. COMBIESCU (Buc.), Prof. E. CRĂCIUN (Buc.), Prof. I. DANIELLO (Sibiu), Prof. A. DOBROVICI (Buc.), Conf. ST. DRĂGĂNESCU (Buc.), V. DRĂGOESCU (Craiova), Prof. DUMITRESCU-MANTE (Bucureşti), Prof. I. ENESCU (Iaşi), Conf. A. GEORGESCU (Bucureşti), Prof. I. GOIA (Sibiu), Prof. I. HAŢIEGANU (Sibiu), Doc. A. IANCU (Cluj), Prof. N. IONESCU-SISEŞTI (Bucureşti), Doc. D. IONESCU (Bucureşti), Prof. M. KERNBACH (Sibiu), Conf. E. LAZEANU (Bucureşti), Prof. N. LUPU (Bucureşti), Prof. C. MIHAILESCU (Bucureşti), Conf. M. NASTA (Bucureşti), Prof. D. NEGRU (Sibiu), Prof. S. NICOLAU (Bucureşti), Prof. GH. NICULESCU (Bucureşti), Prof. I. NICULESCU (Bucureşti), Prof. P. NICULESCU (Bucureşti), Agregat D. PAULIAN (Bucureşti), Conf. I. PAVEL (Bucureşti), Prof. GH. POPOVICIU (Sibiu), Prof. A. RUSESCU (Bucureşti), Conf. T. SARAGEA (Bucureşti), Agregat D. SIMICI (Bucureşti), Prof. M. STURZA (Sibiu), Prof. B. THEODORESCU (Bucureşti), Prof. P. TOMESCU (Bucureşti), Prof. I. TUDORANU (Iaşi), Prof. C. I. URECHIA (Sibiu), Prof. T. VASILIU (Sibiu).

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂŢI

D-nii Doc. V. CERCHEZ (Iaşi), Conf. AL. CRĂINICEANU (Bucureşti), Doc. V. DIMITRIU (Brăila), V. GOMOIU (Bucureşti), I. GLĂVAN (Bucureşti), Prof. N. HORTOLOMEI (Bucureşti), Prof. I. IACOBOVICI (Bucureşti), Agregat I. JIANU (Bucureşti), Agregat G. MARINESCU (Bucureşti), Prof. D. MANOLESCU (Bucureşti), Prof. D. MIHAIL (Sibiu), Prof. TR. NASTA (Bucureşti), Doc. POPESCU-BUZEU (Bucureşti), Conf. C. STANCA (Cluj), Conf. V. TEMPEA (Bucureşti), Prof. I. ŢEŢU (Bucureşti), Prof. DAN TEODORESCU (Bucureşti), Conf. P. VANCEA (Iaşi), Doc. D. VASILIU (Bucureşti).

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
CHIMIROMAN: Ephetonin „Merck"	XVIII
FARMACOPEIA: Salitinol „Galeno"	290
R. FOREK: Artose „Boehringer-Soehne"	218
— — : Verodigen „ „	XVII
— — : Leucotropin „Atmos"	270
— — : Noctal „Riedel"	280
— — : Dorital „Boehringer-Soehne"	254
— — : Dodonal „Riedel"	XV
— — : Carbo-Ormalon „Riedel"	226
GEDEON RICHTER: Bellafit, Vasojod	297
KNOLL: Veriazol	XX
LAB. CRINOTERAPIC: Thyreocrin	XIII
— — : Hipocholin	240
LUTEȚIA: Inotyol pudră „Lab. D-r Debat"	217
— — : Laxatif Gobey „Lab. Gobey"	266
— — : Rubiazol-Collubiazol „Lab. D-r Roussel"	Cop. III
— — : Hemostyl „Lab. de l'Hemostyl"	Cop. IV
S. T. F.: Iodamin, Disuric „Gamma"	209
— — : Calcifix „Anemoton"	186
— — : Ulmara „Gamma"	289
— — : Silental „	193
SANDOZ: Calcibronat	225
SPECIA: Coryphedrine	194
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakinol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol	248
STANDARD: Scilloral „Asta"	XIX
— — : Quadronal „Asta"	210
— — : Opocalcium, Agocholine „Zizine"	XVI
WANDER: Cerebrosan	253
— — : Sirocalcin „Sapic"	253
— — : Sulforonin „D-r Wander"	269
— — : Codelum „D-r Wander"	269
ZEISS-JENA: Lupe Binoculare „Zeiss'	258

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

THYREOCRIN

Extract de glandă tiroidă în concentrație de 1/10

Indicat în tratamentul de substituție al tuturor formelor clinice de insuficiență tiroidiană. Poate fi aplicat cu succes și în tratamentul migrenelor, astmului, eczemei, hipotensiunei, pruritului, acneei, cianozei, extremităților, edemelor localizate, hipercolesterinemiei.

Se va administra 1—5 dragele pe zi în perioade discontinui de 7—10 zile.

Ambalaj a 30 dragele de 0.05 gr.

LABORATORUL CRINOTERAPIC

Reprezentanța Generală:

UZINELE SANITARE PAULESCU - GEROTA - ȘUMULEANU

București — Calea Griviței, 67 — Telefon 4.98.08

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONDIŢIILE DE PUBLICARE, PUBLICITATE ŞI ABONAMENT

Corespondenţa cu privire la chestiuni de *Redacţie şi Ad-ţie* se va adresa la *Sediul revistei:* Craiova, Str. Sf-ţii Arhangheli, 5.

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeţ.

Odată cu articolul, autorii vor trimite un scurt *Rezumat* în limbile română, franceză, germană şi italiană.

Se refuză articolele de polemică personală, caşi cele apărute într'o altă revistă din ţară.

Revistele generale, articolele de fond şi lucrările originale vor fi publicate întregi, fără urmare într'un alt număr; ele nu vor depăşi 6 pagini de tipar*), faptele clinice 2 pagini*).

Paginile în plus vor fi plătite de autori, câte 1000 lei pagina.

Pentru *Extrase*, al căror număr se va indica, tariful este:

	50 ex.	100 ex.
1- 4 pag.	Lei 800.—	Lei 1000.—
5- 8 „	„ 1100.—	„ 1300.—
8-16 „	„ 1400.—	„ 1600.—

Costul clişeelor ca şi al planşelor în afară de text, din revistă şi din extrase, priveşte pe autor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Analizele lucrărilor originale vor fi scurte (cel mult 15 rânduri de tipar, aproximativ 30 rânduri scrise). Vor începe cu autorul, titlul lucrării în româneşte, titlul original pus în paranteză, revista, numărul, anul, pagina.

Anunţurile publicitare se angajează direct şi numai prin Ad-ţie, după un tarif expediat la cerere.

Abonamentul anual este de:

Lei 1.000 pentru Studenţi
„ 2.000 „ Medici
„ 3.000 „ Instituţiuni şi Autorităţi

Abonamentul se trimete *anticipativ*, prin mandat poştal, revista neavând încasator.

Schimbarea adresei se va anunţa la timp.

*) Din cauza costului de imprimare al revistei şi în faţa creşterii continui a preţurilor — pentru a asigura apariţia regulată a revistei, Ad-ţia este nevoită a reduce gratuitatea la 6 pag. pentru articolele originale şi la 2 pag. pentru cazurile clinice, restul fiind plătit de autori.

Dodonal

BCU Cluj / Central University Library Cluj

INLĂTURĂ AGRIPNIA ŞI
IN CAZURI DE DURERI

PENTRU TRATAMENTUL PERORAL IN TUBURI CU CÂTE 10 DRAGELE à 0,3 Gr.

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK, BUCUREŞTI III, STRADA GENERAL EREMIA GRIGORESCU, 6

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

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

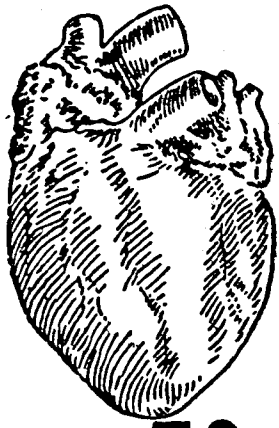
AGOCHOLINE

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

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

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

Digitized by Central University Library, Cluj



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.

Reprezentant pentru România:

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

EPHETONIN

Simpaticotonicul încercat

în tratamenttl stărilor alergice, ca

astm bronșic, febră de fân,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

urticarie, exantem seric etc.

fiole a 0,05 gr. (1 cmc.) pomadă de 3

Perle a 0,01 gr., tablete a 0,05 gr.

Fabrică de Produse Chimice-Darmstadt

Reprezentanță generală: CHIMIROMAN, București I.
Str. T. G. Masaryk No. 32

PSICHOZA BOMBARDAMENTELOR AERIENE

Din „Rolul medicinei şi al medicului în războiu", vom desprinde în „Cronica" de faţă **Psichoza determinată de bombardamentele aeriene** şi Terapeutica de aplicat în asemenea împrejurare.

Atacurile aeriene prin bombardamente provoacă, individual şi colectiv, pe front sau înapoia frontului, o stare emotivă cu manifestaţii sufleteşti şi fizice, cari constituiesc o adevărată **Psichoză**. Avem în vedere aici, mai cu seamă psichoza care se deslănţuie colectiv, la interior, în instituţiunile spitaliceşti. Dacă această stare emotivă, agravată prin toate elementele cari constituie fenomenul numit **Alarmism**, îşi găseşte o oarecare explicaţie în sânul populaţiei civile, contra căreia sunt îndreptate aceste bombardamente — în scopul de a o teroriza — această psichoză nu-şi poate găsi nicio justificare şi nu poate găsi adăpost în sânul instituţiilor spitaliceşti. **Terorismul** fiind scopul acestui nou fel de a face războiul, un **războiu al nervilor**, la nervi slăbiţi trebue să facă faţă nervi întăriţi. Se va evita deslănţuirea teroarei, începând prin a combate alarmismul; nu numai sancţionând şi ameninţând (ameninţarea se potriveşte mai bine pentru alarmişti) cu sancţiunile cele mai grave pe aceşti inoportuni, dar denunţându-i, expunându-i ridicolului public şi pe aceiaşi măsură întărindu-le moralul prin explicaţii persuasive. Sunt alarmişti înăscuţi, exageraţi, în cari orice sgomot sau svon din lumea exterioară găseşte ecou — aceştia cred totul şi transmit fidel ce aud. Sunt alarmişti făcuţi, de sigur tot printr'o deformaţie psichică particulară, cari profită de ocazie ca să devină interesanţi, deformând — aceştia când mai sunt şi guralivi sau limbuţi, deşi nu cred ce spun, exagerează, fiind mândri de a aduce o contribuţie personală la rumoarea publică. Născut sau făcut, alarmistul dacă nu poate fi câştigat, adică vindecat, trebue combătut individual şi prin măsuri sociale. Lupta oficială contra alarmismului trebue condusă efectiv, nu numai afişată ideologic. Alarma se întinde ca pata de ulei; alarmistul este un contagios; mai periculos ca o endemie, alarmismul sare şi îşi exaltează virulenţa asupra celor absenţi, neimunizaţi, cari sunt lipsiţi de mijloacele de control şi apărare, alarmismul constituie o epidemie mintală. **Vom atenua terorismul, combătând alarmismul.** Controlul, desmintirea pe loc a svonurilor, ridiculizarea, prezentarea în public a alarmiştilor, boicotarea lor (alarmistul neascultat se demonetizează, nu mai are haz şi se vindecă de necaz), evitarea şi sancţionarea lor la nevoie — sunt mijloace terapeutice de efect.

Unii cred aidoma tot ce spune Londra şi New-Yorkul şi nu dau crezare Berlinului şi Bucureştilor — când logica le demonstrează că şi unii şi alţii atenuiază tot ce nu le convine şi exagerează tot ce priveşte pe ceilalţi. Şi controlează pe toţi prin Radio Moscova!

De curând, o respectabilă doamnă s'a făcut agentul de transmisiune al svonului lansat de un alarmist de profesie, care cade victimă propriilor sale alarme, comunicând în şoaptă, şi pretinzând discreţie, că au aterizat (neologismul s'a încetăţenit definitiv în limba românească), la noi (undeva, susţinea a doua zi docilul instrument al celui care, nemai luat în seamă în public, continuă a-şi recruta victimele în sânul familiei, care îl ascultă de nevoie) 10.000 (nu mai puţini) paraşutişti, dintre cari 5.000 (nu mai mulţi) au şi fost prinşi. Doamna, care ciugulește tot ce asvârle Londra şi-i serveşte emisarul ei dela noi, se bucura, socotind că ăia erau anglo-americani.

Până să se afle că nu bombă incendiară, ci fundul găurit al unei rachete a căzut la doi metri de un veşnic excitat avocat — dar care în ocazie s'a repezit cu lopăţica cu nisip şi după ce a stins de pe propriile sale haine flăcările pricinuite de stropii de fosfor, a stins şi incendiul de pe faţada casei vecinului — Craiova a crezut că i-a venit rândul, de a fi bombardată şi ea ca Bucureştii.

Pe câmp tot ce cade din avioanele duşmane nu sunt numai decât bombe, ci şi cutii, recipiente de cari nu mai au nevoie veselii cetăţeni ai Americei, porniţi la vânătoare de oameni în Europa. La fel se descarcă oamenii grăbiţi să fugă, după ce şi-au îndeplinit nobila misiune, de bombele nearuncate la timp. Mai intervine şi economia care îi împiedecă de a ataca individual, pe cei descoperiţi, ci colectiv pe cei cari nu vor reuşi niciodată să se acopere, cum şi cât trebue — de aci **principiul dispersiunei**, care complectează şi înlocuieşte cu folos **metoda evacuării**, care nu se poate aplica peste tot şi la toate instituţiile (consider instituţia; nu pe funcţionarii ei, cari o servesc vremelnic, dar se grăbesc să se retragă, strategic, cei dintâi, la sute de km, deşi frontul se găseşte la zeci de km. de ei, sau puteau să se pituleze în adăposturi săpate în curtea instituţiei, rămânând în oraş ca restul populaţiei pe care fuga lor precipitată la anumite ore, nefaste, o alarmează în gradul cel mai înalt).

Bombardamentele aeriene nu se fac numai în scop militar (de a provoca inamicului pierderi în oameni şi în materiale; de a-i dezorganiza mijloacele de atac şi de apărare; şi posibilităţile de refacere); obiectivele militare constituiesc un pretext atunci când bombardamentele sunt îndreptate în contra populaţiei civile, în scopul de a o intimida, de a o teroriza. Războiul de teroare constituie, până la un punct, un mijloc de slăbire a frontului interior şi îşi găseşte locul în cadrul războiului totalitar. Nu-l putem combate, mai cu seamă când a ieşit din cadrul regulilor elementare de umanitate, îndreptându-se în contra bătrânilor, femeilor şi copiilor, decât apărându-ne, (prin aplicarea integrală a regulelor apărării pasive) şi combătându-i efectele. Mai este un mijloc, cel mai eficace, dar pe acela nu-l putem pune noi în aplicare, şi în prezent, acela de a ataca la rându-ne. „Ochi pentru ochi, dinte pentru dinte", vreau să înţeleg reacţiunea cu arme similare de către cei cari sunt în stare, îşi găseşte o justificare. O atare ripostă ar constitui cel mai bun mijloc de prevenire. Pentru cei nepregătiţi pentru o atare **apărare activă, apărarea pasivă** cunoscută este de cel mai mare folos; numai că această apărare trebue practicată în mod calm, cu sânge rece, ca să excludă alarmarea şi spaima urmărită.

Războiul nervilor prin terorism face parte din războiul totalitar, alături de multe metode ale omuciderii, printre cari se situează şi aceia a accidentelor neprevăzute. Iniţiativa incursiunilor aviatice departe înapoia frontului revine în războiul actual englezilor, cari sub pretexte de ordin militar, participau sportiv la începutul războiului. Bombardarea obiectivelor nemilitare pentru terorizarea populaţiei civile a fost inaugurată de americani. La noi, metoda a fost introdusă de ambele popoare, după ce au aplicat-o cu succes în restul Europei. Pentru omagiul ce li-l datoreşte posteritatea, prioritatea trebue stabilită. Instrumentul de aplicare este bombardierul american cu 4 motoare, denumit „Liberator". La operaţiuni participă nu numai drojdia din care ies gangsterii, produs specific americanesc, dar şi tineri cu oarecare instrucţie, cari îşi simt chemarea. Anunţate din vreme prin semnalele de prealarmă şi alarmă, prezenţa bombardierelor este semnalată de un zumzet, crescând şi descrescând, care rămâne în urechi şi revine după dispariţia lor din ochi, ziua; sau a semnalelor luminoase, noaptea. Un roi de aparate mici, cu un motor şi un singur pilot, pentru economie de material şi oameni, le însoţesc, ca să le apere şi să le ajute în misiunea lor războinică, practicată dela înălţime.

Adăpostul, tranşeea, groapa individuală, orice scobitură de teren, la nevoie, te apără de schije şi de dărâmături, cari constituie în cea mai mare măsură agentul vulnerant al bombelor explosive; — nisipul, lopeţica şi canta cu apă te ajută la evitarea efectelor bombelor incendiare, după ce din vreme le-ai dus în podul golit de tot ce era inutil şi inflamabil.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Răul exemplu provoacă alarmismul şi-l agravează.

Bunul exemplu împiedecă terorismul sau îl atenuiază.

Directoarea de studii a unei şcoale de surori-infirmiere pendinte de un mare spital civil militarizat, speriată de rachetele aruncate într'o noapte asupra unui oraş din provincie de către aeroplane inamice, s'a pus în capul elevelor au luat păturile şcoalei şi de dimineaţă s'au refugiat în câmp, de unde s'au întors a doua zi dimineaţa, pentru ca peste câteva ore să se împrăştie pentru câteva zile în satele vecine, una dintre ele căutând la repezeală, într'un cufăr, care nu-i aparţinea, şi obiecte de echipament.

Panta este lunecoasă.

Dintre elevele unei şcoale similare refugiate, adăpostită în acelaşi local, numai o foarte mică parte au urmat răul exemplu; — cele mai multe, sub imperiul unei conducătoare care îşi înţelege misiunea, au rămas pe loc şi au continuat în timpul alarmelor din zilele următoare, şă care mai întâi răniţii în tranşee şi pe urmă să se pună la adăpost.

Pentrucă şi personalul de serviciu al instituţiunei începuse să se contamineze şi să fugă dela datorie, deşi aflat în serviciu comandat, rechiziţionat pentru munca de folos obştesc şi repartizat în cadrul apărării pasive — conducătorul spitalului, care se simte cu atât mai obligat să dea bunul exemplu, consideră pe fugari ca improprii pentru continuarea serviciului, îi pune în disponibilitate sau pe tabloul reducerilor în proporţie de 1/4, proiectate în viitor.

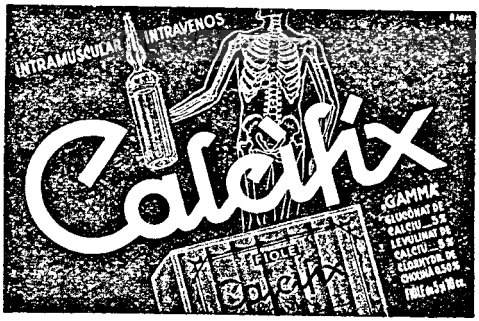
In faţa acestei atitudini categorice ordinea a reintrat în instituţie.

Pentru a atenua la timp efectele bombardamentelor, în imposibilitate de a lua măsuri sub imperiul teroarei deslănţuite, iar evacuarea neputându-se efectua, mai trebue practicată din timp, împrăştierea în aceiaşi localitate a materialelor, efectelor şi proviziilor alimentare; precum şi la nevoie cazarea provizorie a internaţilor şi victimelor; cu ţinerea la îndemână a arhivei şi scriptelor curente.

Aceste măsuri pot fi luate şi impuşe în cadrul tutulor instituţiilor şi serviciilor de stat, bunul exemplu începând să fie dat de către conducători, iar ceilalţi să fie siliţi să-l urmeze.

Aceste consideraţiuni se aplică în primul rând la instituţiile medico-sanitare, pentrucă psichoza este de esenţă medicală; bolnavii şi mai ales răniţii, trebuesc asistaţi şi evacuaţi, nu părăsiţi; spitalele reprezintă un patrimoniu al statului de mare valoare morală şi materială şi debandada împiedecă aplicarea măsurilor de apărare pasivă; spitalele, cea mai mare parte militarizate, prelungesc frontul, şi toţi, cari îl apărăm, ne aflăm în serviciu comandat militar şi profesional.

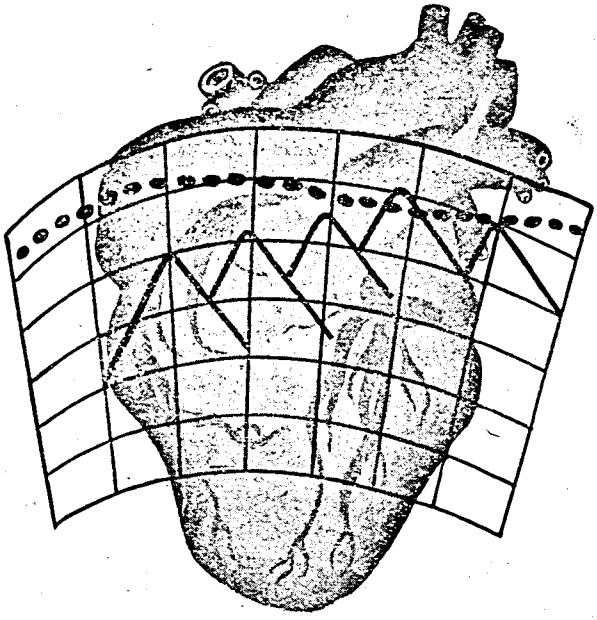
M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină



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.



Experiențe clinice
confirmă că Bulbul de Mare (Scilla maritimă) în formă de

Scilloral

BCU Cluj / Central University Library Cluj

posedă față de digitală avantajul unei mai mari elasticități și adaptabilitate:

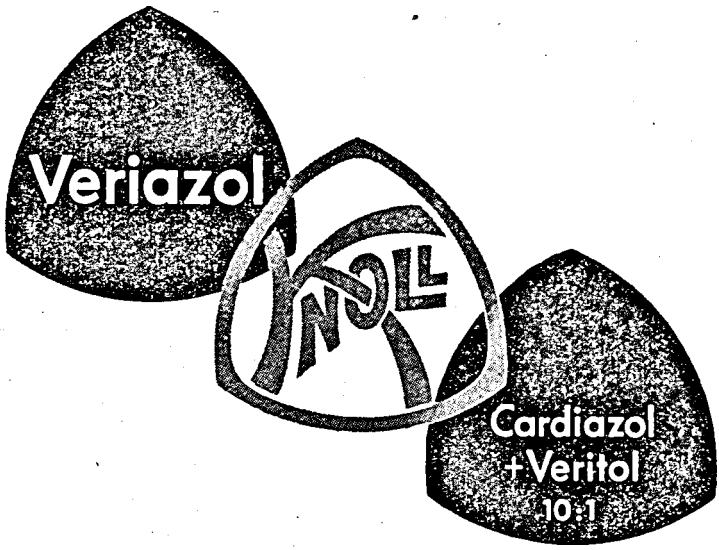
EFECT PROMPT
în urma condițiunilor favorabile de rezorbție,
TOLERANȚĂ PERFECTĂ
DIUREZĂ BUNĂ
sunt caracteristicile produsului SCILLORAL

Lichid (15 picături = 0,5 g.) . . . . flacon à 15 ccm

Asta Aktiengesellschaft, Chemische Fabrik, Brackwede

Eșantioane și literatură la cerere

Depozit permanent: „Drogueria Standard" S. A. R. *Str. Sft. Ionică, 8 București*



Stimulent circulator

Analeptic

cu acţiune centrală mărită şi acţiune periferică energică.

Contra atoniei circulatorii consecutive maladiilor infecţioase, în intoxicaţii, pre- şi postoperator, în stările de epuizare, în convalescenţă, în răul de röntgen.

In colaps, accidente de narcoză,
intoxicaţii,
paralizii vasculare, asfixie.

Lichid: Flacoane de 10 gr.
Tablete: Tuburi de 10 buc.
Fiole: Cutii de 5 buc. à 1,1 cmc.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

INFLUENŢA EXTRACTULUI HEPATIC ASUPRA ACŢIUNEI CARDIO-VASCULARE A CLORUREI DE CARBAMINOILCHOLINĂ

de

D-r CAIUS V. ANTONESCU

Cercetările farmacodinamice cu clorura de carbaminoilcholină au fost publicate în 1938 şi 1939, împreună cu D-r D. Bucheru, prin care am stabilit că acest derivat al cholinei este un parasimpaticomimetic pur şi în anumite doze un sensibilizant al vagului, este vasodilatator prin intermediul sistemului vagal şi prin acţiune directă antispasmodică asupra muşculaturei vaselor; că acţiunea asupra inimei în faza sa a doua este inotropă pozitivă, cronotropă şi tonotropă negativă; că acţionează vasodilatator şi după atropină, ergotină sau ergotamină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Continuând cercetările noastre şi lucrând cu extractul total de ficat sub forma Hepracton-ului Merck şi a Pernaemon-ului Organon, am observat că după administrarea acestora acţiunea carbaminoilcholinei prezintă unele modificări constante şi evidente.

Experienţele au fost grupate în două: animale normale sub narcoză cloroformică + eter (L + 1), în grupa a doua animale în prelabail atropinizate cu o doză suficientă pentru a paraliza integral vagul şi sub narcoză cloroform + eter (1 + 1). Testul experimental este aparatul cardio-vascular, înscrierea presiunei arteriale făcându-se în carotidă, după tehnica obişnuită.

GRUPA I: 1. Câine de 17 kgr, primeşte injecţie intravenoasă cu Pernaemon mite 2 cc, apoi injecţie intravenoasă cu Doryl *) în doză de 0,01 mgr/kgr greutate.

Rezultat: Se obţine o ipotensiune arterială carotidiană de 55 mm Hg, cu caracter brusc, asociată cu mărirea amplitudinilor contracţiunilor cardiace în favorul sistolei, dispariţia aritmiei respiratorii, apoi o creştere progresivă a presiunei arteriale fără a atinge nivelul iniţial, după un scurt timp şi în mod brusc, tonusul ventricular cardiac se accentuiază, scurtând diastola cu $^1/_2$, reapărând în acelaşi timp şi aritmia respiratorie, o uşoară accelerare a ritmului, sistola rămânând neinfluenţată, (fig. 1).

*) Doryl = clorură de carbaminoilcholină.

2. Câine de 6 kgr, primeşte injecţie intravenoasă cu Hepracton 3 cc, apoi o injecţie intravenoasă cu Doryl în doză de 0,008 mgr/kgr greutate.

Rezultat: se obţine o ipotensiune arterială carotidiană de 60 mm Hg,

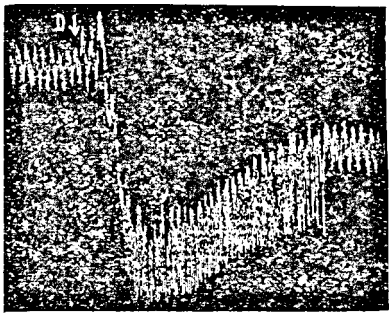


Fig. 1.

cu caracterele similare animalului precedent, cu deosebirea că ipotensiunea se menţine mult scăzută sub nivelul iniţial. Modificările asupra funcţiunei cardiace şi aici sunt foarte evidente, fig. 2).

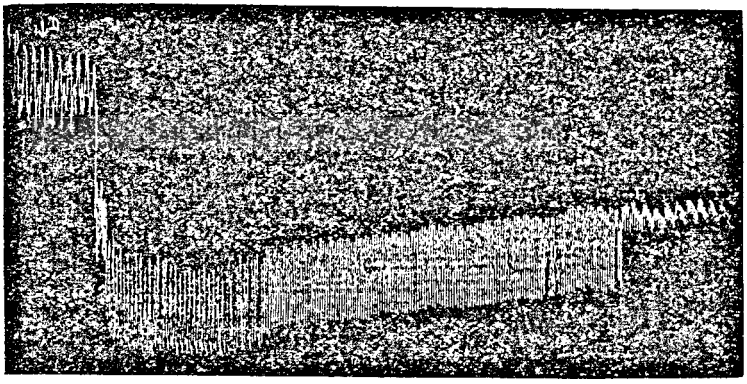


Fig. 2.

3. Câine de 16 kgr, primeşte injecţie intravenoasă cu Pernaemon forte 2 cc, apoi o injecţie intravenoasă cu Doryl în doză de 0,009 mgr/kgr greutate, apoi o injecţie cu adrenalină.

Rezultat: se obţine o ipotensiune de 67 mm Hg, cu caracterele similare animalelor anterioare. Modificările în funcţiunea cardiacă nu se mai produc din cauza administrărei adrenalinei, (fig. 3).

4. Câine de 5 kgr, primeşte injecţie intravenoasă cu Parnaemon mitte 3 cc, apoi injecţie intravenoasă cu Doryl în doză de 0,01 mgr/kgr greutate.

Rezultat: Sincopa cardiacă, (fig. 4).

GRUPA II: 1. Câine de 4 kgr, atropinizat în prealabil cu $^1/_4$ oră (1 cc sulfat de atropină din sol. 1%). Primeşte injecţie intravenoasă cu Hepracton 2 cc, apoi injecţie intravenoasă cu Doryl în doză de 0,125 mgr/kgr greutate.

Rezultat: Se obţine o ipotensiune carotidiană de 13 mm Hg progresivă, urmată de o rapidă creştere a presiunei arteriale, care depăşeşte până la urmă nivelul iniţial, asociată fiind cu o accentuare progresivă a amplitudinilor contracţiunilor cardiace, (fig. 5).

2. Câine de $4^1/_2$ kgr, atropinizat în prealabil cu $^3/_4$ oră (1 cc sulfat de atropină din sol. 1%). Primeşte injecţie intravenoasă cu Pernaemon mite 2 cc, apoi injecţie intravenoasă cu Doryl în doză de 0,11 mgr/kgr greutate.

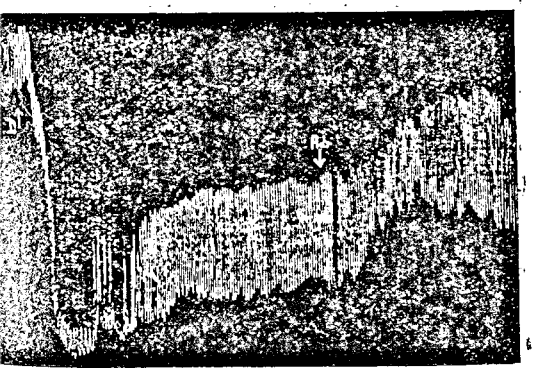


Fig 3.

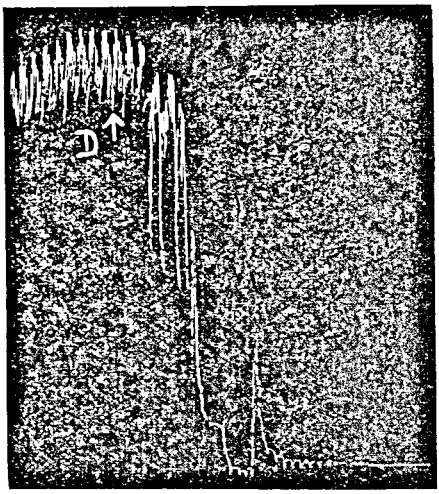


Fig. 4.

Rezultat: Se obţine o ipotensiune arterială carotidiană de 35 mm Hg progresivă, urmată de o creştere tot progresivă a presiunei arteriale, asociată cu o accentuare a amplitudinilor contracţiunilor cardiace în favorul sistolei, ca după un scurt timp tonusul cardiac să se accentueze brusc, după modelul celui observat la animalele neatropinizate şi aici presiunea finală păstrându-se sub nivelul iniţial, (fig. 6).

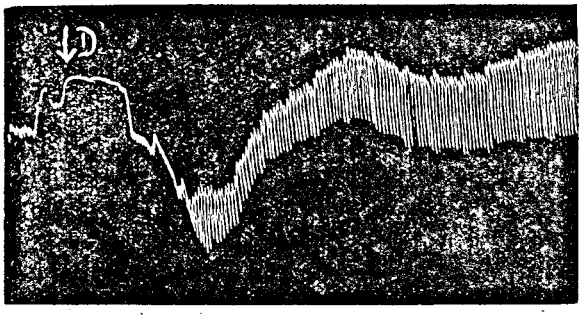


Fig. 5.

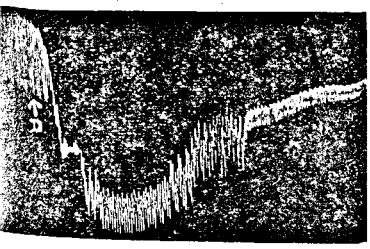


Fig. 6.

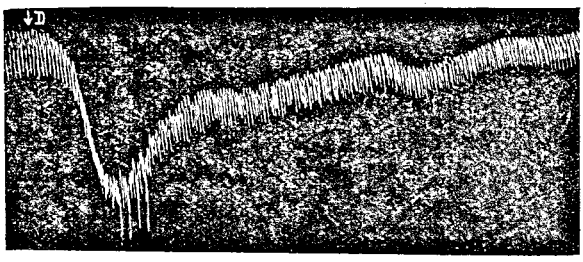


Fig. 7.

3. Câine de 6 kgr, atropinizat în prealabil cu $^1/_2$ oră ($1^1/_2$ cc sulfat de atropină din sol. de $1^0/_{00}$). Primeşte injecţie intravenoasă cu Hepracton 3 cc, apoi injecţie intravenoasă cu Doryl în doză de 0,21 mgr/kgr greutate.

Rezultat: Se obţine o ipotensiune arterială carotidiană de 33 mm Hg progresivă, asociată cu o insensibilă diminuare a diferenţei diastolo-sistolice, presiunea finală atingând nivelul celei iniţiale, (fig. 7).

De notat că administrând Hepractonul Merck, constant am observat apariţia unei ipotensiuni arteriale care urma imediat injecţiei, apoi în scurt timp presiunea arterială revenea trecând într'o ipertensiune apreciabilă, fenomen care nu s'a observat la animalele în prealabil atropinizate la cari dela început s'a instalat ipertensiunea. Aceste fenomene nu s'au observat cu Pernaemonul Organon, nici la animalele normale, nici la celea în prealabil atropinizate. Insă asupra acestor fenomene vom reveni într'o lucrare din viitor. In prezent ne interesează numai efectele pe cari le provoacă extractul de ficat asupra acţiunei clorurei de carbaminoilcholină.

Deoarece în expunerea rezultatelor experienţelor calculul diferenţei de presiune arterială s'a făcut raportat la nivelul presiunei minime (diastolice) de după injecţia cu extract de ficat, suntem nevoiţi a da şi diferenţa de presiune calculată la presiunea maximă (sistolică), raportat la acelaşi nivel de după injecţia extractului hepatic, după cum urmează: în ordinea cronologică a animalelor experimentate: 48 mm Hg; 54 mm Hg; 78 mm Hg (aici a intervenit şi o accentuată diminuare a diferenţei sistolo-diastolice care este numai de 9 mm Hg, pe când la animalele anterioare diferenţa sistolo-diastolică dela început este de — respectiv 23 mm Hg şi 27 mm Hg); al patrulea animal a făcut sincopă cardiacă; — 18 mm Hg; 44 mm Hg şi 36 mm Hg (în toate aceste ultime cazuri a intervenit iarăşi o apreciabilă diminuare a diferenţei sistolo-diastolice).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diferenţa de presiune arterială finală raportat la presiunea iniţială a animalului se arată după cum urmează:

1. Pentru presiunea minimă (diastolică): 18 mm Hg, 10 mm Hg; animalul al treilea a primit adrenalină, iar cel de al patrulea a făcut sincopă cardiacă;—12 mm Hg; 3 mm Hg; 3 mm Hg (la aceste din urmă trei animale diferenţa înţelegându-se în favorul ipertensiunei minimale).

2. Pentru presiunea maximă (sistolică): 23 mm Hg; 13 mm Hg; animalul al treilea a primit adrenalină, iar cel de al patrulea a făcut sincopă cardiacă; — 22 mm Hg; 12 mm Hg; 2 mm Hg (la cele două din urmă cazuri diferenţa de presiune este în favorul ipotensiunei, intervenind o apreciabilă diminuare a amplitudinilor sistolice).

Consideraţiuni critice.

Dacă comparăm experienţele prezente cu cele anterioare (publicate în 1938 şi 1939), observăm că după injecţia cu ficat, carbaminoilcholina într'o doză de 0,008 mgr este capabilă să provoace o ipotensiune (calculată la presiunea minimă arterială) de 60 mm Hg, iar la animalele atropinizate într'o doză de 0,11 mgr o ipotensiune de 35 mm Hg, ceea ce pe animalele neinjectate cu extract de ficat, în doze de 0,01—0,1 mgr abia atingea 49 mm Hg, atingând 65 mm Hg numai la animalul care avea sinurile carotidiene extirpate (Clujul Medical No. 2/1939).

Acest fenomen îl interpretăm în sensul unei sensibilizări a vagului față de acțiunea carbaminoilcholinei, datorită extractului de ficat (vezi și cazul care a făcut sincopă, după injecția cu Doryl).

Dintre cele două forme de preparate de ficat utilizate, Pernaemonul se arată mai sensibilizant, de exemplu: după Pernaemon forte 2 cc la un animal de 16 kgr, doza de 0,009 mgr Doryl, provoacă ipotensiune de 67 mm Hg, iar după Hepraeton 3 cc la un animal de 6 kgr, doza de 0,008 mgr Doryl, provoacă numai o ipotensiune de numai 60 mm Hg; la animalele atropinizate, după Pernaemon mite 2 cc la un animal de 4½ kgr, doza de 0,11 mgr Doryl provoacă o ipotensiune de 35 mm Hg, pe când după Hepracton 2 cc la un animal de 4 kgr, doza de 0,125 mgr Doryl, provoacă o ipotensiune numai de 13 mm Hg. Asupra motivelor cari determină acest caracter mai accentuat sensibilizant a Pernaemonului, vom reveni într'o lucrare din viitor.

Un alt fenomen care apare în experiențele cu extract de ficat, dar lipsește cu desăvârșire din experiențele anterioare, este că presiunea finală (calculată la presiunea maximă-sistolică), rămâne în ipotensiune față de cea inițială (la animalele atropinizate în prealabil injecției cu extract de ficat) cu 2 mm Hg la o doză de 0,21 mgr/kgr Doryl față de 0,25 mgr/kgr sulfat de atropină (intervalul de 35 minute între cele (două injecții) și 12 mm Hg la o doză de 0,125 mgr/kgr Doryl față de 0,25 mgr/kgr sulfat de atropină (interval de 20 minute între cele două injecții), trecând într'o ipertensiune de 22 mm Hg cu o doză de 0,11 mgr/kgr Doryl față de 0,22 mgr/kgr sulfat de atropină (interval de 50 de minute între cele două injecții), pentru ca la animalele fără injecție cu extract de ficat, presiunea finală să rămână în ipotensiune, era nevoie de 0,20 mgr/kgr Doryl față de 0,25 mgr/kgr sulfat de atropină, ambele injectate intravenos la 5 minute interval între ele (Clujul Medical No. 2/1939).

In fine al treilea fenomen este cel mai interesant. După injecția cu ficat, curba carbaminoilcholinei suferă o modificare esențială la scurt interval după acțiunea lui tipic vagotropă. Analizând graficele se observă perfect de bine că după injecția cu Doryl se instalează o curbă tipică a excitațiunii vagale, dar la scurt interval, contracțiunile cardiace trec în mod brusc dela amplitudini mari (în favorul sistolei) la amplitudini mici, scurtându-se apreciabil diastola, având drept rezultat o diferență sistolo-diastolică pe jumătate mai redusă ca anterior. Această trecere bruscă dela diastolă lungă la diastolă scurtă — care nu se întâlnește pe animalele cari n'au primit injecția cu extractul de ficat, — o numim **fenomenul cardiac.**

Se pune întrebarea cărui mecanism se datorește acest fenomen cardiac?

Pentru a lămuri într'o măsură oarecare, am analizat și graficele animalelor în prealabil atropinizate, constatând că acest fenomen nu poate fi atribuit unor modificări în tonusul vagal, ci pare a fi datorit unor influențe directe asupra proprietăților funcționale ale miocardului, cu atât mai mult cu cât acest fenomen nu apare dacă animalul primește injecție cu adrenalină, ceea ce dovedește că nici sistemul simpatic nu joacă niciun rol.

Intr'adevăr, fenomenul cardiac apare și la animalul prealabil atropinizat, dar numai în condițiuni anumite: animalul a fost atropinizat cu

mult timp înainte de administrarea extractului de ficat, doza de carbaminoilcholină nu a depăşit 1/2 a dozei atropinei şi extractul de ficat a fost în doză mai mare (Pernaemon Organon este mai concentrat decât Hepracton Merck).

Fenomenul cardiac nu mai apare nici la animalul care după injecţia cu carbaminoilcholină a primit o injecţie cu adrenalină. La acest animal se observă după adrenalină numai o trecătoare şi foarte slabă tendinţă de scurtare a diastolei, o uşoară ridicare a presiunei carotidiene şi împiedecarea apariţiei sincopei adrenalino-cloroformice. Adrenalina acţionând asupra inimei prin intermediul simpaticului, determină inotropism, batmotropism, dromotropism, cronotropism şi tonotropism pozitiv şi numai după intervenţia reflexului sino-carotidian batmotropismul, dromotropismul, cronotropismul şi tonotropismul devine negativ, pe lângă un tropism pozitiv nemodificat.

Dacă analizăm rolul acestor trei factori şi comparăm cu acţiunea carbaminoilcholinei pe animalele atropinizate, dar neinjectate cu extract de ficat, observăm că în acest ultim caz, carbaminoilcholina într'o doză 1/2-a atropinei, în afară de o uşoară şi trecătoare vasodilataţie nu influenţează cu nimic funcţiunile cardiace, (v. Clujul Medical No. 10/1938 fig. 3 b) — (interval de timp între injecţiunile subcutanată de atropină şi carbaminoilcholină intravenos 10 minute). Ori, după injecţiunea cu extract de ficat, ipotensiunea carbaminoilcholinică este foarte accentuată şi mult mai durabilă — fapt pe care îl atribui proprietăţii sensibilizante a extractului de ficat asupra musculaturei vasculare. In cazul atropinizării, vagul ne mai putând interveni, efectele ipotensive sunt datorite unei acţiuni carbaminoilcholinice asupra musculaturei vasculare — deci unei acţiuni antispasmodice, proprietate evidenţiată prin experienţele cu ergotină şi ergotamină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dacă nu intervine vagul, căci fenomenul care apare la animalele neatropinizate, apare în anumite condiţiuni şi la animalele atropinizate, — dacă nu intervine nici simpaticul, căci carbaminoilcholina diminuă sensibilitatea la adrenalină a simpaticului, atunci fenomenul trebue explicat prin alt mecanism.

Ipoteza noastră este următoarea: extractul de ficat la nivelul inimei, acţionează asupra sistemului neuro-cardiac autonom, favorizând un batmotropism, dromotropism, cronotropism şi tonotropism pozitiv şi un inotropism nemodificat. Această ipoteză pleacă dela constatarea anterioară (v. Clujul Medical No. 10/1938, fig. 5 b), că acţiunea din faza a doua a carbaminoilcholinei determină un inotropism pozitiv, tonotropism şi cronotropism negativ; ori, fenomenul cardiac de după injecţiunea cu extract de ficat, apare tocmai în faza a II-a a acţiunei carbaminoilcholinei. De sigur că, pentru a avea un cronotropism pozitiv, este necesar un batmotropism şi dromotropism pozitiv, precum şi invers.

In concluzie, extractul de ficat la nivelul inimei, inversează acţiunea carbaminoilcholinei din faza a II-a a acţiunei sale, fenomen care se petrece în afară de intervenţiunea sistemului nervos vegetativ, efect pe care nu-l are la nivelul vaselor, unde din contră se arată ca o favorizantă a acţiunei ipotensive a carbaminoilcholinei, prin intermediul muşculaturei vasculare.

Concluziuni:

1. Extractul de ficat este un sensibilizant al sistemului vag față de clorura de carbaminoilcholină.

2. Această sensibilizare se manifestă atât la nivelul inimei, cât și la nivelul vaselor.

3. Efectele sensibilizante sunt evidente și la animalele în prealabil atropinizate, deci cu vagul paralizat.

4. La nivelul inimei extractul de ficat provoacă o inversare a acțiunei carbaminoilcholinei din faza II-a, prin intermediul sistemului neurocardiac autonom, fără intervenţiunea sistemului nervos vegetativ extracardiac, dar poate fi suprimat prin excitarea simpaticului.

5. Acest efect inversant nu se manifestă la nivelul vaselor.

D-r CAIUS V. ANTONESCU: L'influence de l'extrait hépatique sur l'action cardio-vasculaire de carbaminoilcholine.

L'extrait total hépatique rend plus sensible le vague pour l'action de la clorure de carbaminoilcholine, sensibilisation qui se manifeste autant sur le coeur, aussi bien que sur les vaisseaux. L'effet sensibilisant se manifeste même sur les animaux préalablement atropinisés, donc avec leur vague paralysé. La deuxième phase de l action carbaminoilcholinique sur le coeur est inversée après l'administration de l'extrait hépatique, par une action directe sur le système neuro-cardiaque autonome sans l'intervention du système neuro-vegetatif extracardiaque. L'effet inversant ne se manifeste pas au niveau des vaisseaux.

D-r CAIUS V. ANTONESCU: Der Einfluss des Leberextraktes auf die carbaminoilcholinchlorid kardiovaskuläre Wirkung.

Der Leberextrakt sensibilisiert den n. Vagus dem Carbaminoilcholinchlorid gegenüber, — Sensibilisierung welche sich sowohl am Herzen wie auch an den Gefässen zeigt. Die sensibilisierende Wirkung zeigt sich sogar bei Tieren die vorerst atropinisiert wurden demzufolge der n. Vagus paralisiert war. Die zweite Periode der Wirkung des Carbaminoilcholinchlorid auf das Herz ist, nach der Verabreichung des totalen Leberextraktes entgegen gesetzt,—durch eine direkte Wirkung auf das autonome Herznervensystem, ohne Einwendung des extrakardialen neuro-vegetativen Systems. Die entgegengesetzte Wirkung des Leberextraktes tritt im Reiche der Gefässe nicht auf.

Reprezentanţa p. România: S. I. F. S. A. R. Bucureşti IV, Avram Iancu 32

AFECȚIUNILE SEZONARE ALE CĂILOR RESPIRATORII SUPERIOARE

CORIZA

FEBRA DE FÂN

TRACHEO-BRONȘITE

cedează rapid datorită

SINERGIEI MEDICAMENTOASE ANTIDISPNEICE ȘI DECONGESTIVE

realizata prin

CORYPHEDRIN

Digitized by Centrul Național al Bibliotecilor Digitale - Biblioteca Universității "Babeș-Bolyai" Cluj

RHODINE + SANÉDRINE

Acid acetilsalicilic *clorhidrat de efedrina levogiră*

SUB FORMĂ DE COMPRIMATE CONȚINÂND

RHODINE: 0,50 gr.
SANÉDRINE: 0,015 gr.

Tub cu 20 comprimate

1 la 4 comprimate în 24 ore în mai multe doze

SOCIÉTÉ PARISIEN
D'EXPANSION CHIMIQ

SPECIA

MARQUES POULENC FRÈR
ET USINES DU RHÔ
21, Rue Jean Goujon — PAR

PROPAGANDĂ MEDICALĂ: „SPECIA" STR. ANASTASIE SIMU 6 – BUCUREȘTI (III)

ASUPRA ACŢIUNEI NOVOCAINEI INJECTATĂ INTRAVENOS IN PREVENIREA ACCESELOR EPILEPTICE

de

D-r CONSTANTIN DANIEL
Medic Primar al Spitalului Central de
Boli Mintale şi Nervoase
din Bucureşti

Medicaţiile actuale în accesele epileptice nu posedă o acţiune sigură asupra echivalenţilor psichici.

Aceasta necesită căutarea unei terapeutice active în toate formele de echivalenţe psichice.

Autorul observă că nu s'a utilizat în terapeutica epilepsiei o substanţă care să posede o acţiune evidentă asupra tonusului şi excitabilităţii neuro-vegetative în patogenia epilepsiei.

Pe de altă parte, novocaina administrată pe cale venoasă are o acţiune remarcabilă asupra tonusului şi excitabilităţii neuro-vegetative, şi este logic de a întrebuinţa această medicaţie pentru a preveni accesele epileptice.

Autori francezi au recunoscut perfecta inocuitate a novocainei injectate pe cale intravenoasă şi a fost întrebuinţată într'un mare număr de sindrome unde acţiunea sistemului nervos vegetativ era evidentă.

Autorul studiază proprietăţile anticonvulsivante ale novocainei, cât şi acţiunea preventivă asupra epilepsiei cardiazolice şi electrice la câine. Prin experienţele realizate rezultă că novocaina are o acţiune puternică preventivă în convulsiunile experimentale produse prin cardiazol sau electricitate.

Acţiunea preventivă a novocainei la accesele epileptice a fost pe de altă parte confirmată de rezultatele remarcabile obţinute de autor la 12 bolnavi epileptici cari prezentau forme rebele la terapeutica barbiturică şi la acţiunea diphenilhidantoinat-ului de sodiu.

Tehnica întrebuinţată de autor nu se deosebeşte deloc de cea a lui Dos Ghali şi a colaboratorilor săi, injectând pe cale intravenoasă o soluţie de 1% Novocaină, 100 c.c. pe zi.

Injecţiile zilnice de novocaină nu sunt necesare decât 2—3 săptămâni, apoi se poate administra 2—3 injecţii de novocaină pe săptămână pentru ca accesele epileptice să nu mai apară, iar bolnavul nu primeşte în acest interval nicio altă medicaţie.

Autorul întrebuinţează de asemenea tehnica preconizată de Dos Ghali a perfuziunilor cu ajutorul unei soluţii de novocaină, obţinând dispariţia completă a acceselor pentru un anumit timp.

In cazurile de epilepsie cu gravitate medie, autorul crede că administrând 2 injecţii intravenoase de novocaină pe săptămână e suficient pentru a preveni accesele de epilepsie, fără nicio altă

medicaţie. Acest rezultat a fost obţinut de autor într'un anumit număr de cazuri neinfluenţate de barbituricé.

Acţiunea novocainei pe cale venoasă poate fi evidenţiată în echivalenţele psichice epileptice şi pare să aibă o acţiune tot atât de marcată asupra accidentelor convulsive ca şi barbituricele.

Este necesar de studiat acţiunea novocainei în toate formele de epilepsie şi este chiar foarte important de cunoscut efectele îndepărtate ale administrărei novocainei în prevenirea acceselor epileptice.

Epilepsia nu mai este de mult boala teribilă, incurabilă şi chinuitoare pe care au cunoscut-o medicii secolelor trecute şi introducerea bromurului, a luminalului şi a barbituricelor, în fine utilizarea diphenylhidantoinatului de Na. a făcut ca bolnavul suferind de epilepsie să poată duce o viaţă socială şi să desfăşoare o activitate pragmatică.

Se ştie însă că toate medicaţiile propuse şi utilizate cu succes în epilepsie, sunt tratamente cu efect tranzitoriu, adică bolnavul nu are accese atât timp cât ia luminal (de ex.); suprimarea luminalului duce însă la reapariţia acceselor comiţiale.

Numai în unele cazuri excepţional de rare, utilizarea îndelungată a barbituricelor a dus după ani de zile la suprimarea acceselor când s'a întrerupt în mod progresiv administrarea luminalului.

Pe de altă parte, nu se poate afirma că posedăm un mijloc terapeutic eficace împotriva tuturor formelor de echivalenţe psihice epileptice.

Intr'adevăr, diphenylhydantoinatul de Na. a prezentat un progres însemnat în terapeutica epilepsiei şi descoperirea lui Merrit şi Putnamm în 1938 a putut să suprime o bună parte din echivalenţele psihice.

Diphenylhidantoinatul de Sodiu însă nu se găseşte în comerţ în ţara noastră, unii bolnavi pot prezenta fenomene de sensibilizare, precum şi accidente toxice, iar pe de altă parte un număr de echivalenţe psihice rămân neinfluienţate.

De aceea va trebui să se găsească o medicaţie eficace împotriva tuturor echivalenţelor psihice comiţiale, care să nu prezinte aceste desavantagii.

Din acest punct de vedere trebue să remarcăm faptul bizar că deşi se recunoaşte actualmente un rol foarte însemnat în patogenia accesului epileptic a sistemului nervos vegetativ, totuşi nicio substanţă cu acţiune marcată asupra tonusului sau excitabilităţii simpatice şi parasimpatice nu a putut fi utilizată în terapeutica epilepsiei.

Intr'adevăr, rolul sistemului neuro-vegetativ pare din ce în ce mai esenţial pentru patogenia crizei epileptice.

Teoria vasculară — a spasmului vaselor cerebrale — nu poate explica de ce într'un caz un spasm vasular dă o migrenă, în altul o stare sincopală şi în altul o criză epileptică.

Chiar autorii recenţi cum sunt Albert Knapp, Frisch, Rizatti, care admit teoria vasculară, sunt nevoiţi să recunoască lipsa unei certitudini în mecanismul vascular de declanşare al acceselor.

Mai probabil este, după cum dovedesc cercetările clinice ale lui Janz, cele electroencefalografice ale lui Kornmüller, că fenomenele vasculare sunt epifenomene şi nu au un rol determinant în declanşarea accesului convulsiv.

Se ştie că **Th. Ziehen** credea în originea corticală a convulsiunilor clonice şi subcorticală a celor tonice. Dar **Speranscki** reuşeşte să îngheţe suprafaţa creerului şi totuşi accese convulsive apar la animale.

Berger analizând variaţiile de potenţial în electroencefalograma epilepticilor, admite că un acces convulsiv este condiţionat de o oscilaţie între excitaţia şi inhibiţia centrilor tonicităţii din diencefal, apoi cercetările mai vechi ale lui **Mac Quarrie** asupra rolului metabolismului hidric în epilepsie şi posibilitatea de a declanşa accese prin reţinerea de apă, dovedesc rolul diencefalului.

Kornmüller cercetând cu ajutorul electroencefalogramei pe epilepticii esenţiali şi simptomatici, conchide că epilepsia poate fi văzută ca o disfuncţiune diencefalică care se exprimă prin variaţii de potenţial electric ce implică creştere şi scădere a activităţii diencefalului.

Veil şi **Sturm**, analizând argumentele care pledează pentru originea diencefalică a epilepsiei, cred că această afecţiune trebue încadrată în grupul „Diencephalozelor", nume creeat de **Ratner** în 1927, pentru a caracteriza sindromele unde există o diminuare a funcţiunilor diencefalo-hipofizare.

J. A. Schneider arată într'o monografie de cel mai mare interes, frecvenţa anomaliilor şelei turceşti examinată radiologic în epilepsie. Astfel unirea apofizelor clinoide şi formarea unei „punţi" deasupra şelei turceşti, fuseseră observate în 80% din cazurile de epilepsie esenţială de **Mac Kennan** şi **Johnston**.

Schneider regăseşte aceste anomalii ale şelei turceşti lucrând pe un număr însemnat de cazuri la Institutul pentru cercetări constituţionale din Berlin şi conchide că existenţa unei „punţi" (Sellabrücke) a şelei turceşti coincide totdeauna cu insuficienţe funcţionale ale sistemului diencefalic.

Se pare deci că diencefalul are un rol precumpănitor în patogenia accesului epileptic şi că procesul declanşator al crizei survine în regiunea diencefalică.

Diencefalul, regiune situată după cum se ştie la baza emisferelor cerebrale şi delimitată înainte de bandeletele optice, înapoi de unghiul format de pedunculii cerebrali, conţine un mare număr de nuclei formaţi din celule nervoase de tip vegetativ. Cercetările însemnate ale **Prof. I. T. Niculescu** şi **Foix**, ale lui **Gréving**, acelea ale lui Harring, studiile lui **Lhermitte**, ale lui **Roussy** şi **Messinger**, ne-au arătat structura atât de complicată, precum şi numeroasele mici fascicole ce leagă nucleii diencefalici vegetativi între ei, sau cu thalamusul şi cu centrii vegetativi bulbo-protuberanţiali.

Actualmente cea mai mare parte a nucleilor diencefalici sunt văzuţi ca formaţiuni celulare neuro-vegetative, care reglează prin intermediul nervos vegetativ sau pe altă cale o serie de metabolisme (al apei, al hidrocarbonaţilor, al grăsimilor, etc.), precum şi o serie de funcţiuni (cea termică, cea hipnică, tensiunea arterială, activitatea cardiacă şi respiratorie, reacţiunile sudorale, etc.).

Astfel că acceptând rolul precumpănitor al diencefalului în patogenia accesului epileptic, trebue să admitem că centrii neuro-vegetativi simpatici şi parasimpatici şi întreg sistemul nervos vegetativ determină în mare parte declanşarea crizelor de epilepsie.

Nu putem enumera în cadrul acestei lucrări, cercetările aşa de numeroase făcute asupra sistemului nervos vegetativ în epilepsie, nici măcar parţial. Datele esenţiale ale acestei chestiuni sunt rezultatele lui **Santenoise, Varé, Verdier** şi **Vidacovitch.** Aceştia stabilesc că o creştere a tonusului parasimpatic creează o scădere a chronaxiei în scoarţa prerolandică şi măreşte mult în felul acesta „aptitudinea" la accese epileptice.

Se ştie că „predispoziţia" la crize de epilepsie a fost stabilită experimental pe animale (câine, cobai, iepure), de **Amantea, Martino, Longo,** Puglisi şi există animale „predispuse" să facă uşor „epilepsia prin excitare aferentă", (cea mai asemănătoare cu criza epileptică la om), aşa cum a fixat-o prin tehnica sa de stricninizare corticală, **Amantea.** Tot aşa există câini, cobai, iepuri, nepredispuşi la apariţia epilepsiei.

Or, mărirea tonusului parasimpatic transformă animalele „nepredispuse" la epilepsie în animale „predispuse". Această creştere a tonusului se realizează prin **morfină** administrată timp îndelungat prin **vagotonină,** prin **eserină,** toate substanţe care cresc tonusul parasimpatic. **Santenoise** arată că se constată la câinii vagotonici o aptitudine foarte mare la epilepsie şi aceste animale sunt, după cum arată şi **Buscaino,** aceleaşi ca animalele „predispuse" la epilepsie a lui **Amantea.**

Tot aşa, **pilocarpina** (excitantă a parasimpaticului) creşte numărul de accese epileptice **(Hartenberg).**

Cităm aceste date întrucât ele au o valoare experimentală şi ştiinţifică alta decât a observaţiilor clinice asupra rolului sistemului nervos vegetativ în epilepsie.

Nu se poate conchide însă la rolul exclusiv al creşterii tonusului parasimpatic în producerea crizei de epilepsie, întrucât substanţe cu acţiune simpaticomimetică au o acţiune favorizantă.

Astfel este adrenalina **(Nolkin şi Pike, Keith).**

Dar mai ales, aşa cum arată **Popea, Eustaţiu** şi **Holban,** la bolnavii cu parasimpaticul paralizat se pot provoca accese epileptice.

Ceea ce se poare afirma astăzi în privinţa rolului sistemului nervos vegetativ în patogenia crizei epileptice, este că parasimpaticul participă într'o măsură însemnată la apariţia accesului şi la „boala" epilepsie, aşa cum este văzută de **Stauders, Mauz, Konrad,** etc. (adică o afecţiune ereditară cerebrală, cu mers progresiv, cu turburări mintale şi neurologice în cursul căreia pot apare accidente convulsive sau nu).

De aceea pare puţin explicabil de ce nici una din substanţele cu acţiune netă asupra parasimpaticului sau a simpaticului nu a fost aplicată în terapeutica epilepsiei).

Poate că lipsa de acţiune terapeutică a acestor substanţe se datora faptului că ele creşteau sau scădeau tonusul şi excitabilitatea numai a parasimpaticului sau numai a simpaticului, ori acţiunea lor era mai accentuată asupra unora din aceste două sisteme.

De aceea am crezut că utilizarea novocainei injectată intravenos va duce la rezultate bune în terapeutica crizelor epileptice, întrucât prin injecţia intravenoasă, novocaina poate acţiona asupra centrilor neuro-vegetativi diencefalici, iar pe de altă parte această substanţă injectată intravenos diminuă excitabilitatea şi tonusul parasimpatic şi simpatic într'o măsură aproape egală, iar această scădere este foarte marcată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In adevăr, criza epileptică pare să nu fie numai un fenomen de excitaţie a unuia din cele două sisteme, ci se pare că cele două sisteme participă într'o egală măsură la apariţia acceselor paroxistice.

De altminteri, se ştie că barbituricele scad tonusul şi excitabilitatea atât în sistemul parasimpatic, cât şi în cel simpatic.

Tot aşa, bromurii acţionează scăzând tonusul şi excitabilitatea simpatică şi parasimpatică. Astfel că novocaina care acţionează cu mult mai energic asupra celor două sisteme ar fi trebuit teoretic să aibă o acţiune inhibatoare de primul plan asupra crizelor epileptice.

De altminteri, novocaina injectată subcutanat împiedică apariţia accesului epileptic în epilepsia Brown-Sequard (prin secţiunea unui nerv periferic la animal), dacă se injectează novocaina în jurul acestui nerv. (Pagniez).

De aceea, administrarea novocainei în injecţii intravenoase de către **J. Dos Ghali, J. S. Bourdinn** şi **G. Guiot**, apoi de către **Vanhaecke, A. Breton** şi **Guidoux**, ne-a sugerat utilizarea novocainei în tratamentul epilepsiei.

Descoperită în 1904 de **Einhorn**, novocaina are formula paraminobenzoyldietilaminoetanal şi e cunoscută sub acest nume sau sub numele de procaină, allocaină, ethocaină, scurocaină şi sincaină.

Novocaina nu a fost utilizată până în 1941 ca medicament general şi tratatele de farmacodinamie descriau după cum arată **Vanhaecke** şi colaboratorii săi toxicitatea marcată la animale a novocainei injectată intravenos.

Astfel **Kuroda, Furszgangen** şi **Schumann, Piquard Dreyfus, Grode**, şi **Laubender**, arată toxicitatea mare a novocainei la animal, atunci când e injectată pe cale intravenoasă (citaţi de Vanhaecke şi colab).

Totuşi, **Dos Santos** apoi **Leriche** şi **Fontaine** fac injecţii intraarteriale cu novocaină spre a obţine o difuziune mai mare a substanţei care credeau aceşti autori nu depăşeşte barajul creeat de capilare.

In 1941 **Dos Ghali, Bourdin** şi **Guiot**, utilizează primii calea intravenoasă pentru a trata prin injecţii cu novocaină unele astme rebele la terapeuticile obişnuite.

Ulterior, **Vanhaecke, A. Breton** şi **Guidoux**, aplică acelaşi tratament la dispneele de cele mai variate etiologii.

C. Ribaudeau-Dumas şi **J. Guillaume**, apoi **Levesque** şi **Guy Tardieu**, publică rezultatele remarcabile obţinute de ei într'un edem cerebral după ablaţia unei tumori parietale, ceilalţi în sindromele toxice ale sugarilor.

Mai apoi, **Vanhaecke, A. Breton** şi **Guidoux** utilizează injecţiile intravenoase de novocaină pentru prevenirea accidentelor de intoleranţă arsenicală (crize nitritoide mai ales), ceea ce le permite să administreze doze mari de arsenic dela începutul tratamentului specific.

May Netter şi **Gerbeaux** utilizând o injecţie intravenoasă de novocaină (2 ctg.), reuşesc să stabilească diureza într'un caz de anurie postarsenobenzolică.

Vanhaecke relatează acţiunea favorabilă a novocainei injectată intravenos în stările de hipertensiune arterială şi dispariţia durerilor de coronarită.

Nu s'a utilizat până în prezent, după cunoştinţa noastră, injecţiile de novocaină intravenoase în epilepsie.

De aceea am încercat să studiem pe animal efectul anticonvulsivant al novocainei injectată intravenos înainte de a-l utiliza în terapeutică.

In acest scop, am stabilit pe câine cantitatea minimă de cardiazol, care injectată intravenos cu o viteză mare, produce un acces epileptic. De asemenea, am stabilit voltajul şi timpul minim necesar unui curent electric sinusoidal, care trece prin cutia craniană a animalului pentru a produce criza epileptică.

După aceea, am injectat novocaina intravenos în proporţie de 0,14 ctg. de novocaină pe kg. de animal.

Au fost necesare cantităţi de două ori mai mari de cardiazol 10% pentru a produce accesul convulsiv care era lipsit de o fază confuzivă postaccesuală şi au fost nevoie de voltaje în jurul lui 150 volţi pentru un timp de trecere de 0,4 şi 0,5 secunde, spre a obţine criza epileptică la câine dupi injecţia cu novocaină.

Redăm mai jos protocolul a două experienţe, urmând să revenim în cadrele unei lucrări consacrate exclusiv acestor constatări, despre acţiunea novocainei injectată intravenos asupra epilepsiei cardiazolice şi electrice la câine.

I. Câine de 11,400 kgr.

Se introduce i. v. 3 cc. cardiazol 10% (1,6 ctg. pe kgr.). La 25" se produce criza epileptică. Faza tonică 55", faza clonică 140", apoi starea de agitaţie violentă, câinele latră, urlă, fuge prin laborator, are mişcări dezordonate, hiperpnee. Această stare durează 8—10 ore.

Se face a doua zi 1,6 c.c. novocaină 1% intravenos (1,4 mgr. pe kgr. de novocaină).

Uşoară dispnee după injecţie. După 4 ore se fac 3 cc. cardiazol 10% intravenos.

Apare criza epileptică la 40". Faza tonică 25", faza clonică 60". După criză, la 10' nu mai există nici o stare de agitaţie motorie, câinele vine când este chemat, mănâncă, bea apă.

Se administrează apoi zilnic aceluiaşi câine timp de 10 zile 1,6 cc. novocaină 1% intravenos.

După acest interval se fac 3 cc. cardiazol 10% i. v. Injecţia nu este urmată de criză.

După o oră se fac 4 cc. cardiazol 10% i. v.

Injecţia nu este urmată de criză, numai o uşoară dispnee. După alte 60' se fac 5 cc. cardiazol 10% i. v. Uşoară agitaţie motorie, dispnee, congestie a globilor oculari.

După două ore se fac 6 cc. cardiazol 10% i. v. După o perioadă de latenţă de 50" apare faza tonică scurtă (40") şi apoi cea clonică (60"), după 5' dela sfârşitul crizei animalul mănâncă, vine când e chemat, bea apă.

II. Câine de 14 kg. 800.

Se rad tegumentele cutiei craniene, se aplică o substanţă care măreşte conductibiilitatea electrică a pielei (utilizată de noi în tehnica curentă a electroşocului), apoi cu 2 electrozi de 2 cm. diametru facem să treacă prin cutia craniană (aplicaţia electrozilor temporală), un curent de 30 volţi la început timp de 0,1 sec. Creştem progresiv din 10 în 10 volţi, voltajul curentului, apoi timpul de trecere al curentului şi nu obţinem decât la 130 volţi (timp de 0,3 sec.), o criză epileptică completă.

La voltaje şi timpuri mai mici, stări de agitaţie motorie, secuse clonice, roşeaţă a globilor oculari şi hiperpnee (se ştie că în 2% din animalele sale, **Amantea** (1926) nu poate obţine cu orice voltaj şi timp convulsii

epileptice, aşa că timpul şi voltajul în cazul nostru nu pare de neexplicat).

A doua zi se repetă aceiaşi tehnică şi se obţine iar la 130 volţi (timp de 0,3 sec.), criză epileptoidă.

Se injectează după 2 ore 2,2 cc. novocaină 1% i. v. animalului (1,4 mlg. pe kgr. novocaină).

După 1 ore se repetă excitaţia electrică a scoarţei la:

130 volţi 0,3", eşec, hiperpnee; — 150 volţi 0,3", eşec, agitaţie, hiperpnee; — 100 volţi 0,4", eşec, agitaţie; 120 volţi 0,4", eşec, agitaţie violentă, hiperpnee; — 140 volţi 0,4", eşec, agitaţie puternică; — 150 volţi 0,4", eşec, agitaţie violentă lungă; — 100 volţi 0,5", eşec, agitaţie mare; — 130 volţi 0,5", secuse clonice fără cădere, apoi agitaţie; — 140 volţi 0,5", criză epileptoidă timp de latenţă 10" apoi fază tonică 40", clonică 80".

* * *

Am redat aceste cercetări, deşi epilepsia cardiazolică şi cea electrică pare să fie condiţionate de alte mecanisme decât epilepsia umană, precum şi decât cea spontană a cobailor (Dortshaim), sau cea spontană a câinilor de vânătoare.

Totuşi valoarea anticonvulsivantă a unei substanţe este aceeaşi pentru epilepsia cardiazolică, cea electrică şi cea umană esenţială. Astfel Merrit şi Putnam au stabilit valoarea anticonvulsivantă a diphenylhidantoinatului de Na. graţie epilepsei electrice. Recent s'a arătat însă că diphenylhidantoinatul de Na. are o valoare inhibitoare mai redusă decât barbituricele în epilepsie cardiazolică, invers constatându-se în cea electrică.

De aceea am vrut să stabilim graţie celor două tehnici convulsivante, valoarea novocainei injectată i.v. ca substanţă inhibitoare a accesului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Putem conchide din aceste experienţe că novocaina are o acţiune anticonvulsivantă foarte ridicată atunci când este injectată intravenos la câine în dozele arătate, că această acţiune pare să fie mai mare (cum o dovedesc o altă serie de rezultate pe animale, care le vom face să apară), cu cât administrarea intravenioasă a fost repetată mai des. In fine, trebue să conchidem că administraţia intravenoasă de novocaină, pare să aibă o acţiune netă asupra turburărilor psihice post-accesuale (confuzie, stări crepusculare postparoxismale), similară celei a diphenylhidantoinatului de Na. De aceea ar trebui ca acţiunea sa asupra echivalenţelor psihice de orice fel să fie ridicată (aşa cum nu este cazul luminalului şi a tuturor barbituricelor).

* * *

Pentru aplicarea clinică a rezultatelor experimentale obţinute asupra acţiunei anticonvulsivante a novocainei injectată intravenos, am crezut că este necesar să recurgem în mod exclusiv la bolnavii gravi de epilepsie.

Inţelegem prin bolnavi gravi, epilepticii ale căror crize nu au putut fi făcute să dispară prin orice doze de bromură, barbiturice sau diphenylhidantoinat de Na. şi care prezintă modificări psihice grave (Wesenänderung, în sensul lui Stauders), expresie a boalei „epilepsie" şi în parte numai consecinţe a acceselor frecvente, a utilizării îndelungate de barbiturice şi a vieţei în spital.

Aceşti bolnavi au fost trataţi cu terapeuticele cele mai variate şi nici doze enorme de barbiturice sau de diphenylhidantoinat de Na, asociate cu măsuri dietetice igienice şi ergoterapice nu au putut duce la disparaţia acceselor lor care în toate cazurile erau frecvente.

Astfel că, demonstrarea unei acţiuni nete a novocainei injectată intravenos asupra acestor bolnavi va putea arăta valoarea ei terapeutică la bolnavii cu forme mai uşoare. (In ceea ce priveşte aplicarea novocainei intravenoase la bolnavii cu crize recente şi puţin numeroase, vom arăta rezultatele obţinute, în cadrul unei lucrări complecte).

Am aplicat novocaina în injecţii intravenoase la un număr de 12 bolnavi epileptici ale căror accese apăruseră cu mulţi ani în urmă, care aveau accese foarte frecvente şi puţin influenţate de dozele mari de barbiturice sau diphenylhidantoinat, utilizate.

Aceşti bolnavi prezentau toţi „modificările personalităţii" descrise de Stauders şi constituiau dintre bolnavii Spitalului Central de Boli Mintale şi Nervoase din Bucureşti, unii din cei mai gravi pacienţi cu epilepsie.

Rezultatele, trebue să mărturisim, au depăşit aşteptările noastre, întrucât ele aveau caracterul „dramatic" al medicaţiilor foarte active.

Redăm mai jos observaţiile clinice a trei dintre bolnavii noştri:

OBS. I. Lina I. D., de 44 ani, văduvă, din Com. Pietroiu, Jud. Ialomiţa, muncitoare, vine la 15 Oct. 1942 pentru:

— Echivalenţe psihice constând din stări de agitaţie confuză de scurtă durată;

— Crize convulsive;

— Scădere globală a facultăţilor psihice.

— Vagabondaj, impulsivitate, lentoare, explosivitate.

Ant. h. C: Nu se pot şti precis.

Ant. pers: Sifilis, pelagră, mai mulţi ani în primăvară. Are crize convulsive din copilărie ca şi absenţe.

Istoric: De 3 ani a devenit violentă, impulsivă, vagabondează. Echivalenţele psihice au devenit foarte frecvente, face după accesele convulsive stări crepusculare cu stupoare.

Ex. somatic: Tens. art. 15—7. Ficatul depăşeşte rebordul costal.

Ex. Neurol: Pupilele inegale. R. osţelo-tendinoase vii. Turburări de vorbire — dizartrie.

Ex. psihic: Scădere globală a facultăţilor intelectuale. Lentoare în ideaţie şi în exprimarea verbală.

Impulsivitate, iritabilitate, stări de agitaţie confuză urmate de amnezie lacunară după ele, care ţin $^1/_2$ oră.

Evolutie. Din 15 × 1942, ia întâi 10 ctg. luminal, apoi 0,20 ctg., apoi 0,30, stările de agitaţie survenind ca echivalenţe psihice survin mai rar, 5—6 pe săptămână, accesele convulsive au dispărut dar are numeroase echivalenţe psihice de scurtă durată 10—12 pe zi.

La 17 Decemvriie 1943 ia şi Prominal 0,20 ctg. pe lângă 0,30 ctg. luminal.

Nici o modificare marcată. Are mereu echivalenţe psihice 10—12 pe zi.

La 28 Decemvrie 1943 se face novocaină 10 cc. 1% i. v. suprimându-se luminalul şi prominalul. Bolnava are numeroase accese imediat după injecţie.

La 29 Decemvrie 1943 din nou 10 cc. i. v. — 2 echivalenţe psihice în ziua aceia.

La 30 Decemvrie 1943 10 cc. novocaină i. v. — are o echivalenţă.

La 31 Decemvrie 1940 10 cc. novocaină — are o echivalenţă.

La 1 Ianuarie 1944 10 cc. novocaină — nu mai are accese.

Dela 1—15 Ianuarie câte 10 cc. novocaină i. v. Accesele au dispărut complet, atât stările confuzive de agitaţie, cât şi echivalenţele psihice scurte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dela 15—26 Ianuarie 1944 se întrerup injecţiile cu novocaină, (în acest interval nu ia nicio medicaţie, nici barbiturice, nici diphenylhidantoinat de Na).

Nu mai face nici un acces până la 26 Ianuarie 1944, când are o stare confuzivă scurtă.

Se reiau injecţiile cu novocaină zilnic. Nu mai are nici un fel de echivalenţe psihice.

Dela 10 Februarie 1944 — 2 injecţii de novocaină pe săptămână — accesele au dispărut complet.

Bolnava este capabilă de lucru şi de o activitate normală.

OBS. II. Ana T., de 38 ani, casnică, din Bucureşti, vine la 23. IX. 1943, pentru crizę comiţiale convulsive. Scăderea facultăţilor intelectuale. Turburări dizartrice de vorbire.

Ant. h. c. şi pers'. Nimic deosebit.

Istoric. Accese convulsive de 8 ani. Până acum 7 ani, crize comiţiale foarte rare la 2—3 săptămâni una, urmată de o stare crepusculară lungă.

De un an accese foarte frecvente 7—8 pe zi, de tip convulsiv. A fost internată în mai multe spitale de neurologie, nici la 0,40 ctg. luminal crizele convulsive nu dispăreau. Avea încă 3—4 pe zi.

Are o scădere globală a facultăţilor mintale şi modificări ale personalităţii de tip comiţial.

Ex. somatic: Nimic deosebit.

Ex. neurologic: Pupile inegale, r. de lumină leneş. Disartrie, în acces Babinsky şi areflexie pupilară.

Ex. psihic: Scădere globală intelectuală, lentoare foarte marcată, violenţă, impulsivitate, idei de gelozie. Stare uşor depresivă.

Evoluţie: Dela 23 Septemvrie 1943—29 Noemvrie 1943 i se dă luminal 0,30 ctg. pe zi. Are totuşi 5—6 accese pe zi.

I se dă dela 29 Noemvrie luminal fracţionat 0,40 ctg. şi 0,20 ctg. prominal dimineaţa, fără ca accesele să dispară. La 28 Decemvrie 1943 se începe cu 10 cc. novocaină i. v. suprimându-se luminalul.

In ziua de 28 Decemvrie 1943 şi în zilele următoare, accese mult mai frecvente, (datorită suprimării luminalului).

La 5 Ianuarie 1944 nu mai are nici un acces, apoi acestea apar câte unul numai la 2 zile în cursul nopţii spre dimineaţă.

Se creşte cantitatea de novocaină 20 cc. i. v., are totuşi la 2 zile un acces spre dimineaţă.

Se creşte la 10+20 cc. novocaină zilnic şi peste câteva zile la 20+20 cc. novocaină.

Accesele sunt foarte rare, 1 la 2—3 zile numai în spre dimineaţă.

La 12 Februarie i se dă şi luminal 0,10 ctg. apoi 0,15 ctg. şi apoi numai 0,10 ctg. Accese unul la 2—3 zile spre dimineaţă, care existau până atunci dispar complect. Se suprimă apoi şi 0,10 ctg. luminal. Accesele dispar complect. Se face o injecţie de 20 cc. la 1 zi interval.

OBS. III. Bolnavul Constantin I. de 35 ani, căsătorit, din Tecuci, vine la 16 Februarie 1944 pentru a 4-a oară în spitalul nostru pentru:

— Absenţe epileptice;
— Lentoare, iritabilitate;
— Crize convulsive epileptice;
— Astenie, tremurături, dizartrie, amnezie de fixaţie.

Ant. h. c.: Tatăl a suferit de cataractă. O nepoată a bolnavului suferă de cataractă juvenilă.

Ant. pers.: Malarie, pojar, blenoragie. Căsătorit, are un copil sănătos. Enuresis în copilărie. Nu uzează de alcool, nu fumează.

Istoric. In copilărie violent, foarte muncitor, activ, perseverent. Enuresie până la 14 ani.

Primele accese au survenit în 1938 caracterizate prin vertije, cu pierdere de cunoştinţă şi în prealabil viziuni de culori, flăcări, întuneric. Aceste accese au survenit rar la început, la 2 săptămâni, apoi au devenit mai frecvente. Din Aprilie 1938 crize aproape zilnice.

Se internează la un Spital unde i se face o operaţie de apendicită.

Ia luminal 0,20 ctg. fără rezultate prea bune.

Merge la aproape toţi medicii de specialitate fără să obţină rezultate prea bune, deşi ia doze până la 0,40 ctg. luminal cu prominal 0,40 ctg.

In ultimele 3 luni a utilizat diphenylhidantoinat de Na care a dus la o uşoară ameliorare a bolnavului fără să facă să dispară complet accesele.

Lua în ultimul timp următoarele: 0,40 ctg. prominal dimineaţa, 0,40 ctg. prominal în cursul zilei, 0,60 Hidantin şi 0,20 ctg. luminal zilnic, fără ca să se suprime accesele. Regimul cetogen asociat cu aceste medicamente a dus la dispariţia acceselor pentru 10 zile.

Ex. neurol: R. pupilare leneşe, hiperstezie cutantă, dizartrie.

Ex. somatic: Nimic deosebit.

Ex. psihic: Scădere uşoară, obnubilaţie după acces lentoare. Iritabilitate, violenţă.

Evoluţie: La 17 Februarie a. c. se începe cu 10 cc. novocaină 1% i. v. In acelaş timp ia 0,40 prominal fracţionat, 0,20 ctg. luminal şi 0,20 hidatin.

Are în ziua de 17 Februarie a. c., 2 acceşe.

La 18 Februarie a. c. acelaş tratament. 1 singur acces.

Se continuă aceiaşi medicaţie în zilele următoare. La 19 Februarie are iarăşi un acces concomitent cu o stare uşor gripală cu febră 38°. Apoi dela 19. II până la 1. III. 1944 nici un acces.

Se scade în acest timp prominalul şi hidantinul. Accesele totuşi nu survin.

Se continuă cu scăderea prominalului şi a hidantoinatului până la 10 Martie, când ia 0, 10 luminal şi 0, 20 prominal, precum şi o injecţie intravenoasă de novocaină 10 cc. 1% la 1 zi interval. Accesele nu mai survin.

La ceilalţi 9 bolnavi cu epilepsie gravă, rezultatele noastre au fost întru totul egale. Am reuşit în toate cazurile să facem să dispară accesele comiţiale prin injectarea de novocaină i.v. atunci când utilizăm cantităţi mai mari de novocaină — 20 cc.i.v. de două ori pe zi — sau făceam perfuzie cu 1.000 cc. novocaină 1% i.v. timp de 8 ore. Numai la 5 bolnavi am asociat şi barbiturice.

Putem rezuma astfel observaţiile noastre asupra acţiunei novocainei injectată i.v. la epileptici:

a) Acţiune asupra crizelor motorii.

Pare a fi marcată şi egală sau superioară cu a barbituricelor.

Când se utilizează doze mai mari de novocaină (de ex. 20 cc. de 2 ori pe zi), sau se face novocaină la intervale mai scurte în cursul zilei (5 cc. de 3 ori pe zi) şi al nopţii, accesele care survin la un timp mai lung după administrarea injecţiei dispar.

Dar mai ales dispar complect accesele convulsive când s'au făcut injecţii i.v. de novocaină un timp îndelungat (2—3 săptămâni sau o lună).

Se poate sista atunci complect tratamentul şi bolnavul să nu utilizeze nicio medicaţie fără ca să se mai producă accese de niciun fel.

De asemenea se pot face atunci numai 2 injecţii pe săptămână fără ca să apară accesele.

b) Acţiune asupra echivalenţelor psihice.

Ea pare să fie mult mai marcată decât a barbituricelor şi superioară acţiunei novocainei asupra accidentelor motorii propriu-zise. De asemenea pare să fie superioară acţiunei diphenylhidantoinatului de sodiu.

Aci se poate vedea în mod şi mai aparent, dispariţia completă a acceselor după un interval de 3 săptămâni de utilizare a novocainei. Această dispariţie este totuşi pasageră şi nu depăşeşte în nici unul din cazurile noastre două săptămâni.

Toxicitate — Incidente.

Injecţia de novocaină i. v. nu este la primele injecţii întovărăşită de nicio tulburare de cele mai multe ori. De aceea dacă injecţia de novocaină 1% în cantitate de 10 cc. este făcută în 2 minute jumătate (sau cea de 20 cc. în 5 minute), la început nu se înregistrează niciun fel de tulburări.

După administrarea a 12—15 injecţii zilnice, bolnavii se plâng de uşoare tulburări survenite în cursul şi după injecţie. Cele mai frecvente sunt: roşaţa feţei, cu senzaţii de căldură, ameţeală, diminuarea tranzitorie (1—2 minute) a acuităţii vizuale, tahicardie, prurit conjunctival. Rareori apar vâjâieturi în urechi, greaţă şi paloare a tegumentelor.

Aşa cum au semnalat şi **J. Dos. Ghali, J. S. Bourdin** şi **G. Guiot**, accidentele sunt inexistente şi pe 700 injecţii i.v. de novocaină nu au avut de înregistrat ca şi noi, niciun fel de accidente dacă tehnica injecţiei a fost respectată în totul.

In unele cazuri totuşi, când s'a prelungit mult timp (o lună) injecţiile cotidiene sau bicotidiene de novocaină, injecţia a putut determina o stare sincopală de foarte scurtă durată.

De aceea de îndată ce apar fenomenele descrise mai sus se va proceda imediat la rărirea ritmului injecţiilor de novocaină, adică se va face cum preconizează şi **Dos Ghali** şi colab. câte 3 sau 2 injecţii pe săptămână până la dispariţia completă a acceselor convulsive sau a echivalenţelor convulsive, când ritmul injecţiilor se poate rări şi mai mult până la o injecţie pe săptămână (fără altă medicaţie).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tehnică.

Pentru obţinerea unui rezultat terapeutic pozitiv, este decisivă tehnica utilizării novocainei şi în general, conducerea tratamentului.

Am utilizat ca şi autorii citaţi, soluţie de novocaină 1% fără adrenalină (se ştie că adrenalina măreşte foarte mult acţiunea novocainei).

Se începe cu o injecţie de 10 cc. novocaină 1% i.v. zilnic. Esenţial este viteza cu care se face injecţia şi trebue ca în niciun caz timpul în care se injectează cei 10 cc. de novocaină să nu fie mai mic de 2 minute jum.

Se fac astfel în primele două săptămâni de tratament zilnic câte o injecţie cu novocaină a 10 cc. din soluţia 1% i.v.

Dacă accesele apar către dimineaţă, se poate face şi a doua injecţie de novocaină de 5 sau 10 cc. în cursul serii.

Numai în cazurile foarte grave de epilepsie (în 2 din cazurile noastre), am fost siliţi să facem câte 20 cc. de novocaină de 2 ori pe zi, adică 40 cc. din sol. 1% zilnic, timp de 2—3 săptămâni.

După această perioadă de injecţii cotidiene, se trece în a doua perioadă de tratament, în care injecţiile de novocaină se pot face la un interval de 1 sau 2 zile, adică de 3 sau de 2 ori pe săptămână.

Ne este indicată necesitatea să facem injecţii de novocaină într'un ritm mai rar, de apariţia unor fenomene de intoleranţă mai accentuate (ameţeli, cefalee şi tahicardii mai pronunţate decât la primele injecţii).

Dar nu trebue să luăm micile fenomene vegetative de care se întovărăşeşte chiar dela primele injecţii, introducerea novocainei intravenos, drept semne care ne-ar indica rărirea ritmului injecţiilor.

De altminteri, aceste ultime fenomene nu apar decât după cel puţin 10—12 zile de injecţii cotidiene de novocaină şi traduc probabil condiţiile noui ale tonusului şi excitabilităţii neuro-vegetative modificate de acţiunea prelungită a novocainei.

Este însă un fapt esenţial pe care ţinem să-l indicăm — atunci când bolnavul utilizează barbiturice sau diphenylhidantoinat de Na, nu vom întrerupe brusc acest tratament spre a începe acela cu novocaină.

Intr'adevăr, se vor declanşa atunci un mare număr de accese convulsive, iar acţiunea terapeutică a novocainei va fi mai dificilă.

Se va scădea din aceste motive barbituricele progresiv (cu 0,05 ctg. la 2—3 zile de ex.), ţinându-se seama dacă este vorba de bolnavi care au utilizat ani de-a-rândul luminal la suprimarea acestui medicament pot apare fenomene de carenţă tipică (insomnie, tremurături, diaree, dureri difuze, etc.) similare carenţelor toxicomaniace şi pe care nu trebue sub niciun motiv să le luăm drept produse de acţiunea novocainei.

Astfel că odată cu începerea tratamentului cu novocaină intravenos vom scădea progresiv barbituricele spre a înlătura şi apariţia unor crize mai frecvente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După ce am început perioada a 2-a a tratamentului cu novocaină intravenos, vom face timp de 3—4 săptămâni câte 2—3 injecţii săptămânal.

In fine, se poate după acest interval, trece în perioada a treia a tratamentului când nu sunt necesare decât o injecţie de 10 cc. novocaină pe săptămână spre a înlătura complect accesele.

Menţionăm că la 4 din bolnavii noştri care aveau un număr foarte mare de accese, am trecut din perioada a doua (2—3 injecţii săptămânal), la suprimarea complectă a novocainei.

Timp de 12—18 zile, după caz, aceşti bolnavi care în acest interval nu luau nici barbiturice nici diphenylhidantoinat de Na, şi care înainte aveau cu barbiturice 7—8 accese zilnice, nu au mai făcut deloc accese.

Astfel că există poate posibilitatea în cazurile uşoare de o se face una sau două injecţii pe lună cu novocaină spre a suprima complect accesele epileptice.

Atunci când am vrut să jugulăm repede accesele într'un timp scurt şi la bolnavi care prezentau oarecare rezistenţă la novocaină, am făcut perfuzie intravenoasă cu 1.000 c. soluţie de novocaină 1% călduţă 22°), injectată goutte-à-goutte în timp de 12 ore. Rezultatul a fost foarte vizibil şi credem că această tehnică utilizată şi de J. Dos Ghali şi colab. trebue aplicată în cazurile rebele.

In general dealtminteri, tehnica utilizată de noi pentru trata-

mentul acceselor epileptice nu diferă prea mult de cea a lui J. Dos Ghali şi colab. şi a celorlalţi autori de mai sus fenomene de uşoară intoleranţă, părând însă puţin mai frecvente la epileptici (dintre care unii sunt mai emotivi şi se cunosc paroxismele de descărcări emotive similare descărcărilor motorii sau impulsivităţii de o violenţă marcată ce se constată aşa de frecvent la epileptici).

Concluzii:

1. Novocaina în soluţie 1% injectată intravenos, are o acţiune anticonvulsivantă de prim ordin, fapt ce a putut fi stabilit experimental şi clinic.

2. Tratamentul cu novocaină a 12 cazuri grave (accese frecvente datând de mult timp care nu au putut fi jugulate de barbiturice sau diphenylhidantoinat de Na.), de epilepsie, a dat rezultate foarte bune.

3. Acţiunea novocainei injectată intravenos este remarcabilă mai ales la bolnavii cu echivalenţe psihice, unde celelalte tratamente nu dau rezultate constante.

4. Tehnica tratamentului cu novocaină în epilepsie este relativ simplă, dar ea trebue urmată întocmai spre a preîntâmpina orice incidente.

5. Novocaina injectată timp de 30 zile sau mai mult, poate fi suprimată în multe cazuri şi bolnavul epileptic poate să nu urmeze nicio medicaţie timp de 2—3 săptămâni fără a mai avea accese, deşi anterior prezentase un număr foarte mare de accese cotidiene.

6. In majoritatea cazurilor este posibil ca să se prevină accesele prin 2—3 injecţii de 10 cc. novocaină i.v. aplicată săptămânal.

7. Asociaţia tratamentului de novocaină cu doze foarte mici de barbiturice luate zilnic, dă cele mai bune rezultate, suprimând accesele la bolnavi la care doze de 5 sau 6 ori mai mari de barbiturice nu suprimau deloc crizele.

8. Sunt necesare studii clinice pe un număr mai mare de bolnavi spre a se studia acţiunea novocainei asupra tuturor fenomenelor epileptice şi rezultatele unui tratament de o durată mai lungă. De asemenea trebuesc cunoscute efectele utilizării îndelungate a novocainei injectată intravenos la bolnavii epileptici.

Aceste studii le urmărim în prezent şi rezultatele lor vor face obiectul unei expuneri mai complecte.

BIBLIOGRAFIE

Amantea: Sulla predispozizione di animali all'epilessia sperimentale riflessa Bull. Soc, Ital. Biol. Sper. 1932, 7 pag 1464. — V. **M. Buscaino:** Etiologia dell'accesso epilettico Ospedale Psichiatrica 1936 XIV. — **Danielopolu:** Sur la pathogénie de l'épilepsie et sur son traitement chirurgical. Presse Médicale, 1933, 41, p. 170. — **Danielopolu et J. Marcu:** Influence de la zone reflexogène cardio-aortique sur l'écorce cérébrale. Rev. Neurologique, 1931 (810). — **J. Dos. Ghali, J. S. Bourdin et G. Guiot:** La novocaine par voie veineuse dans les dyspnées. Presse Médicale, 1943. — **Vanhaecke, A. Breton et Guidoux (Lille):** La novocaine intra veineuse. Presse Médicale, 1943.

Les médications actuelles des accès épileptiques ne possedent pas une action préventive certaine sur les équivalents psychiques.

D'où la nécessité de rechercher une thérapeutique active dans toutes les formes d'equivalents psychiques.

L'auteur remarque qu'on n'a pas utilisé dans la thérapeutique de l'épilepsie

une substance qui possède une action efficace et marquée sur le tonus et l'excitabilité neuro-végétative, bien qu'on reconnaisse actuellement un rôle decissif aux troubles neuro-végétatifs dans la pathogénie de l'épilepsie.

La novocaïne d'autre part, lorsqu'elle est administrée par voie veineuse, a une action marquée sur le tonus et l'excitabilité neuro-vegetative et il était logique d'employer cette médication pour prévenir les accès épileptiques.

Les travaux des auteurs français ont fait reconnaître la parfaite innocuité de la novocaïne injectée par voie intraveineuse. et cette substance a été employée dans un grand nombre de syndromes où l'action du système nerveux végétatif semblait en jeu.

L'auteur, essaie les propriétés anticonvulsivantes de la novocaïne en étudiant son action préventive sur l'épilepsie cardiazolique et l'épilepsie électrique chez le chien. Il résulte des experiences réalisées, que la novocaine a une forte action préventive dans les convulsions experimentales produites par le cardiazol ou l'electricité.

L'action préventive des accès épileptiques a été d'autre part confirmée par les résultats remarquables obtenus par l'auteur chez 12 malades épileptiques qui avaient des formes rebelles à la thérapeutique barbiturique et à l'action du diphenilhidantoinate de soude.

La technique utilisée par l'auteur ne différe guerre de celle de Dos Ghali et de ces collaborateurs, c'est à dire qu'on a injecté par voie veineuse une solution de 1% de novocaïne, 100 cc. par jour.

Les injections quotidiennes de novocaïne ne sont nécessaires que les 2 ou 3 semaines, ensuite on peut administrer 2 ou 3 injections de novocaïne par semaine, pour que les accès épileptiques n'apparaissent plus, le malade ne prend pendant cet interval aucune autre médication.

L'auteur utilise aussi la technique préconisée par Dos Ghali des perfusions à l'aide d'une solution de novocaïne et a obtenu la disparition complète des accès pour un certain temps.

Dans les cas d'épilepsie de gravité moyenne, l'auteur croie que l'administration de 2 injections intraveineuses de novocaïne par semaine suffit pour prévenir les accès d'épilepsie, sans aucune médication et ce résultat a été obtenu par l'auteur dans un certain nombre de cas non influencés par les barbituriques.

L'action de la novocaïne par voie veineuse semble plus marquée dans les équivalences psychiques épileptiques, mais ce traitement parait avoir une action aussi marquée sur les accidents convulsifs que les barbituriques.

Il est nécéssaire d'étudier l'action de la novocaïne sur toutes les formes d'épilepsie et il est de même important de connaître les effets éloignés de l'emploi de la novocaïne dans la prévention des accès épileptiques.

Wir besitzen gegenwärtig keine sichere wirkende Behandlung gegen das Auftreten psychischer Anfälle.

Daher sind wir gezwungen eine aktive Therapie gegen alle Formen psychischer Aequivalente zu suchen.

Der Verfasser bemerkt dass die Therapie der Epilepsie keine Substanz benützt hat die eine sichtbare Wirkung auf den Tonus und auf die Reizbarkeit des neurovegetativen Systems besitzt.

Andererseits das Novokain in intravenose Injectionen besitzt eine bemerkenswerte Wirkung auf der Tonus und die Excitabilität des neurovegetativen Systems und es ist daher logisch dieses Mittel zur Verhütung epileptischer Anfälle anzuwenden.

Französiche Autoren haben die vollkommene Ungefährlichkeit des Novokains intravenös injiziert und haben es bei zahlreichen Syndromen angewendet wo die Wirkung des neuro-vegetativeu Systems evident war.

Der Verfasser studiert die anticonvulsivanten Eigenschaften des Novokains wie auch dessen vorbeugende Wirkung auf die cardiasolischen und elektrischen Krampfe beim Hunde.

Aus diesen Untersuchungen ergibt sich, dass das Novokain eine starke vorbeugende Wirkung gegen die experimentalen Krämpfe, durch Cardiazol oder Electrizitat hervorgerufen, besitzt.

Die vorbeugende Wirkung des Novokains wurde andererseits durch die bemerkenswerten Resultate bestätigt die der Verfasser bei 12 epileptischen Kranken erzielt hat, deren Anfälle durch die barbiturische Therapeutik oder durch Natriumdiphenilhidantoinat nicht beeinflusst werden konnten.

Die vom Verfasser angewandte Technik unterscheidet sich nicht von derjenigen Dos Ghali 's und seiner Mitarbeiter die eine 1% Lösung Novokain, 100 c.c. täglich injizieren.

Täglich Injectionen von Novokain sind nur während 2-3 Wochen nötig, dann genügen 2-3 Injectionen wöchentlich, um das Wiederkehren der epileptischen Anfälle zu verhüten; während dieser Zeit erhält der Kranke keine andere Behandlung.

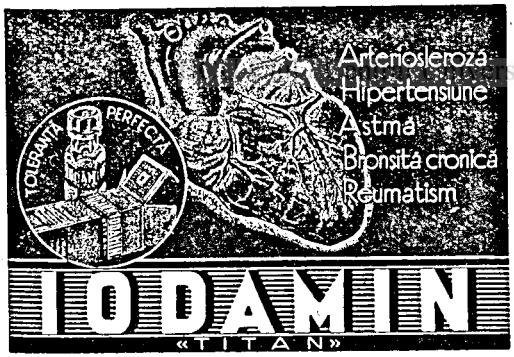
Der Verfasser wendet gleichfalls die von Dos Ghali preconisierte Technik von Perfusionen mittels einer Novokainlösung an und erreicht damit das vollständige Aufhören der Epileptischen Anfälle für eine gewisse Zeit ohne eine andere Behandlung.

In mittelschweren Fällen von Epilepsie hält der Verfasser die Verabreichung von 2 Intravenösen Injectionen per Woche für genügend bei gleichzeitiger Ausszetzung jeder anderen Medikation um epileptischen Anfällen vorzubeugen.

Dieses Resultat wurde vom Verfasser in Fällen erreicht die nicht von Luminal oder Natriumdiphenilhidantoinat beeinflust wären.

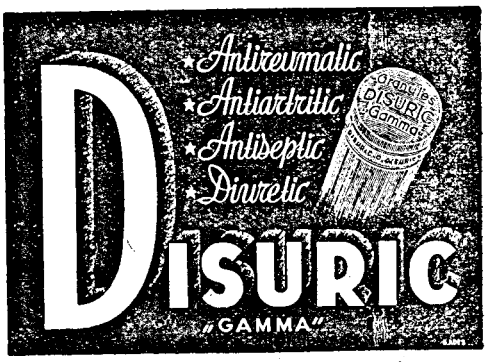
Die Wirkung des Novokains auf intravenösem Wege bei psichischen epileptischen Anfällen scheint sehr bemerkanswert zu sein und grösser als die Wirkung der Barbitursauren Praeparate.

Es ist nöting die Wirkung des Novokains bei allen epileptischen Formen zu studieren und es ist wichtig seine spätere Wirkung zur Verhütung epileptischer Anfälle zu erkennen.



MEDICAȚIUNE
IODATĂ
INTENSIVĂ

DISOLVANT
ȘI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC



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

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

HARTA ANOFELISMULUI IN ROMÂNIA

de

D-r GRIGORE GR. IAMANDI

In epidemiologia frigurilor [1]), elementul parazit, împreună cu omul, şi ţânţarul anofel constituie complexul numit de D-r M. Ciucă: al factorilor determinanţi, ce condiţionează existenţa infecţiunei sau plastic vorbind, elemente fără de care nu poate exista infecţiunea malarică într'o regiune, în opoziţie cu ceilalţi factori (cauze geografice, economice, etc.), numiţi favorizanţi sau adjuvanţi, care chiar dacă lipsesc, infecţiunea poate exista, ci numai influenţând procentajul frecvenţii şi morbidităţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De aci rezultă importanţa anofelismului în epidemiologia frigurilor, fiind unul dintre factorii ce condiţionează prezenţa şi răspândirea acestei protozooze. Unii autori — cum a fost Grassi — au dat atâta importanţă anofelismului, încât au formulat o lege „că nu poate exista paludism fără anofelism", fapt admis azi integral şi ne mai contestat de nimeni, adeverit de experimentări şi confirmat de practică; în contrazicere cu această lege a lui Grassi însă, poate exista „anofelism fără paludism", când ceilalţi doi factori din complex: parazit sau om, fac defecţie.

Anofelii sunt singurii dintre ţânţarii hematofagi ce servesc ca vectori şi gazdă intermediară pentru Plasmodium malariae. Experimental, mai mult de 80% dintre speciile de amofeli s'au dovedit, capabile a transmite frigurile, în natură însă şi la noi ca şi aiurea mai ales specia Anopheles maculipebis cu varietăţile ei, dintre care unele joacă un rol mai important şi altele mai şters, joacă rol în transmiterea Plasmodiului.

Nu toţi Anofelii însă prezintă din punct de vedere epidemiologic aceiaşi importanţă, aptitudinile lor cu gazele intermediare (în sensul epi-

---

1) Intrebuinţăm intenţionat denumirea românească de „friguri" pe de o parte întrucât d. p. d. v. ştiinţific este mult mai corectă şi aproape de realitate întrucât foloseşte şi scoate în relief simptomul caracteristic al infecţiunei (frisonul-temperatura) în opoziţie cu nomenclatura străină de *malarie* (ce înseamnă că boala provine din aer rău), de *paludism* (ce înseamnă că boala provine din bălţi) sau *tellurism* (ce înseamnă că boala se ia din pământ), şi pe de alta că este aupiton, cunoscut şi întrebuinţat de toată suflarea românească (vulg şi lumea cultă).

demiologic nu parazitologic al cuvântului) şi de vectori variind pe de o parte după starea de receptivitate şi gradul de ospitalitate oferit Plasmodiului în organismul acestora care este mai favorabil pentru unele specii şi mai puţin pentru altele, pe de alta după raporturile ce le are insecta gazdă intermediară cu cealaltă gazdă a plasmodiului, omul.

Receptivitatea anofelilor faţă de o specie dată de Plasmodium sau mai multe este diferită, unii anofeli (A. funestus, A. ludlowy) infectându-se sută în sută cu P. falciparum în timp ce alţii (A. indefinitus) nu se infectează decât în proporţii infime, 1,5%, apoi, la receptivitate egală domină în epidemiologie noţiunea de „raport dintre ţânţar şi om", de „longevitate", de „distanţă dela care se poate deplasa de sediu", etc. Datorită acestor cauze, dintre Anofelii plasmogeni cu indicele de infectare mai ridicat, trebuesc priviţi ca mai periculoşi aceia ce sunt în mai strâns raport cu omul, cum este cazul Anofelilor numiţi în entomologie „domestici".

Toate aceste consideraţiuni arată valoarea cunoaşterii din punct de vedere epidemiologic, a zonelor de răspândire pentru fiecare specie de Anofeli în general şi mai ales în particular în ceea ce priveşte specia A. maculipemis a cărui varietăţi, cu arii de răspândire diferită legate de cauzele favorizante, joacă adevăratul rol de gazdă intermediară şi în diseminarea infecţiunei plasmodice.

După datele ce le posedăm dela cercetătorii ce s'au ocupat cu studiul Anofelilor la noi până în prezent: D-r N. Leon, D-r Gh. Zotta (singur şi împreună cu Martini), D-r M. Ciucă, D-r L. Baliff, D-r Mezincescu, D-r Cornelson, D-r Urzică, D-r Iamandi, Ungureanu, am căutat să înjgheb o hartă a anofelismului românesc. Natural că imaginea anofelismului reprezentată de această hartă, nu poate fi privită ca ceva fix, constant, ia variind în detalii dela sezon la sezon şi dela an la an, după cauzele favorizante care variază dela an la an şi dela sezon la sezon, harta noastră neîncercând să schiţeze decât o imagine relativă, suficientă însă pentru a ne explica procentajul frecvenţii atât de capricios al frigurilor la noi, precum şi cauza perzistenţii molimei în ciuda măsurilor luate, variabilitatea morbidităţii infecţiei după regiuni, etc.

* * *

Pe întinsul ţării româneşti se găsesc următoarele specii de Anofeles:

A. bifurcatus Line 1758, ocupă zona dela poalele munţilor (colinele sub-carpatine) până în câmpiile joase inundabile ale Dunării — inclusiv Deltă — frecvent şi predominând mai ales în regiunile păduroase, răcoroase şi umede.

Larvele A. b. preferă pentru desvoltare apele stagnante răcoroase. Hibernează sub forma larvară.

Este o bună gazdă intermediară pentru plasmodium, însă datorită faptului că e un ţânţar sălbatic nu joacă un rol de primă importanţă în epidemiologia frigurilor. Înţeapă, omul la câmp în plină zi.

Pentru prima dată a fost identificat la noi de N. Leon în 1910 şi mai târziu confirmat de Gh. Zotta şi alţii.

A. plumbeus Haliday & Stephens 1928, cu o repartizare mai redusă ca procentaj, îl găsim dela colinele subcarpatice până în câmpie unde coboară mai ales pe cursul apelor.

Larvele A. p. preferă pentru desvoltare depozitele de ape mici şi limpezi adunate şi rămase în scorburile copacilor după topirea zăpezilor şi ploi. Hibernează în stadiul larvar. Este o specie forestieră.

A. p. este foarte receptiv pentru P. vivax şi P. falciparum, însă datorită faptului că e o specie silvestră şi sălbatică nu joacă rol important în epidemiologia frigurilor, Gh. Zotta chiar îi contestă cu totul acest rol.

A fost găsit la noi pentru prima oară de D-r V. Nitzulescu (1928—1932) şi mai târziu confirmat de Gh. Zotta, Martini (1938) şi alţii.

A. pseudopictus Grassi 1898 (Mizornynchus) sinensis Wied (1828), răspândit mai ales în Deltă — focarul lui principal — de unde s'a propagat în restul ţării urmând sărăturile, mai ales pe litoralul marin basarabian şi dobrogean, precum şi de-a-lungul cursurilor râurilor mari din Moldova, Muntenia, Oltenia şi Transilvania în regiunile cu aceleaşi caractere geo-climatice.

Acest ţânţar este o bună gazdă intermediară pentru plasmodium, însă datorită biologiei lui nu serveşte în transmiterea frigurilor (Gh. Zotta).

A fost identificat pentru prima dată la noi de N. Leon (1910), în Deltă şi valea Dunării (Mezorhynchus) sinensis Wied (1828), apoi găsit şi confirmat şi în alte regiuni de Gh. Zotta (1938) şi alţii.

A. maculipenis Meigen 1818, specie de ţânţar domestică, prezentă, peste tot la noi în ţară, cu oarecare restricţie pentru zonele muntoase prea reci, totuşi a fost găsit de N. Leon (1910) pe muntele Parângul şi Ciahlău, ţinuturi reci şi muntoase. Acest ţânţar este capabil a se deplasa prin zbor dela sediul lui o distanţă de trei kilometri.

Prin varietăţile lui, fiecare din ele adaptate la condiţiile geografice cele mai variate oferite de teren şi climă, s'a adaptat peste tot la noi.

Formele larvare se desvoltă în apele stătătoare, dulci sau sărate (chiar în cele cu o salinitate de peste 20 la mie) în aşa numitele **sărături**, în cele mai mici depozite de ape rămase după ploi, revărsări, etc.: urmele copitelor dela vite, şanţuri, vase cu apă, poloboace, jgheaburi, etc.

Hibernează ca adult.

Înţeapă omul chiar în sezoanele reci când vremea se încălzeşte puţin.

A fost identificat pentru prima dată la noi de N. Leon în 1910, apoi i-a fost confirmată prezenţa de către D-r V. Nitzulescu între 1928/1933, Gh. Zotta şi Martini în 1938 şi alţii.

A. m. este singurul vector real al frigurilor în România, ca şi pentru restul Europei de sud-est.

Acest ţânţar, pe lângă infecţia plasmodică ce o transmite omului, mai transmite la noi canideelor şi două filarii: Dicrofilaria immitis şi D. repens.

Anofelis maculipenis are o serie de varietăţi fixe prin caracterile lor morfologice şi biologice de mare importanţă epidemiologică, întrucât unele sunt mai receptive şi cu posibilităţi mai vaste de vectare faţă de plasmodium şi altele cu posibilităţi mai reduse.

S'au descris până azi următoarele şapte varietăţi de Anofeles maculipenis:

var *maculipenis* | *tipicus* Meigen 1818.
var *messeae* Falleroni 1920.
var. *melanoon* Hacket 1934.
var. *falax* Roubaud 1934.
var. *atroparvus* van Thiel 1927.
var. *labranchiae* falleroni 1926.
var *elutus* Edwalds 1921.

dintre care au fost identificate la noi următoarele varietăţi:

A. m. tipicus sin maculipenis Maigen 1818, identificat de Gh. Zotta şi Martini în 1933 şi mai apoi de noi şi alţii, se găseşte peste tot, având cea mai vastă repartiţie geografică dintre toate varietăţile fiind prezent din regiunile muntoase şi colinele subcarpatice până în Deltă şi câmpie unde preferă liziera pădurilor, eroziunile şi văile râurilor.

Formele larvare evoluiază în depozitele de ape dulci, limpezi sau tulburi.

Vectează frigurile autohtone (D-r M. Ciucă, Gh. Zotta & Martini).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

A. m. var messeae Falleroni 1926, identificat la noi de Gh. Zotta-Martini în 1933 şi mai apoi de noi şi alţii.

Este o varietate de Anofeles maculipenis întâlnită mai ales în regiunile de deal până în câmpiile joase ale văii Dunării şi afluenţei ei în Deltă şi mai ales pe valea inferioară a Prutului, precum şi în regiunile mari inundabile.

Formele larvare se desvoltă în apele dulci stătătoare sau cu curs lin.

Joacă un rol important în etiologia frigurilor, transmiţând, după Gh. Zotta şi Martini o formă morbidă de friguri.

A. m. var elutus Edwalds 1921, identificat la noi de Gh. Zotta şi Martini în 1938, apoi i-a fost confirmată prezenţa şi de alţii şi de noi.

Este o varietate „mediteraniană" de anofeles, ce preferă regiunile calde şi sărate din altitudinile joase. La noi este prezent pe litoralul marin unde a fost găsit de Gh. Zotta în 1938, dela câmpul Caliacra până la complexul lacurilor Razel-Sinoe şi de noi în mai multe puncte pe litoralul basarabean între Vâlcov şi Dacia, cu o frecvenţă medie faţă de celelalte varietăţi de 30%.

Formele larvare evoluiază în apele stătătoare puţin adânci şi calde, bine expuse razelor solare, indiferent dacă sunt sărate sau dulci.

I se atribuie acestei varietăţi, de către Gh. Zotta, un rol cu desăvârşire important în epidemiologia frigurilor, pe de o parte având o putere vectorie maximă şi pe de alta transmiţând o formă de infec-

ţiune de o gravitate extremă şi mai ales rebelă la tratament (friguri-le grave de litoral ale lui Gh. Zotta).

A. m. atroparvus van Thiel 1927, identificat la noi de Gh. Zotta şi Martini în 1938, apoi ulterior prezenţa lui i-a fost confirmată şi de alţi cercetători şi de noi. Este varietatea de Anorel adaptată sărăturii. Prezent atât pe litoralul marin — lagune — cât şi în interiorul ţării în regiunile de deal şi şes — bogate în sărături, — cu o arie mare de răspândire maximă în sud-estul ţării (valea Dunării, Deltă, valea Prutului, Nistrului, etc.), mai ales pe litoralul marin şi mai restrânsă în vestul ţării.

Stadiile larvare se desvoltă în apele sărate din interiorul ţării aşa zisele „sărături" şi pe litoral în lagunele sărate perimarine.

Joacă un rol important ca vector, fiind într'un strâns raport cu omul şi ca gazdă intermediară pentru hematozoar fiind extrem de favorabil desvoltărei parazitului.

In regiunile bogate în ape cu debit mare (Dunăre, Nistru) ce determină regiuni întinse de inundaţii ar predomina „messeae" şi în regiunile cu ape sărace, cu debit mic ar fi o faună mixtă compusă din „atroparvus" şi „messeae".

Frigurile din zona inundabilă a Dunării şi Nistrului prezintă pe de o parte o frecvenţă mai redusă şi pe de alta au o morbiditate mai atenuată decât aceia din regiunile râurilor cu debit mic de apă (câmpia olteneasca, munteană, moldoveană) unde cazurile de infecţiuni sunt frecvente şi boala îmbracă un caracter grav.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste regiuni în care predomină în anii ploioşi „tipicus" şi messeae", în anii secetoşi le găsim populate cu „atroparvus". Balanţa frecvenţii se înclină în epocile secetoase în favoarea lui „atroparvus", şi în cele ploioase în favoarea lui „tipicus şi messeae". Aceste majorităţi se pot schimba dela sezon la sezon după cum predomină timpul secetos sau ploios, fenomen ce nu rămâne fără repercusiuni asupra molimei frigurilor atât în ce priveşte frecvenţa lor cât şi în privinţa formelor clinice ale acestor cazuri.

Harta care marchează răspândirea anofelismului la noi ne arată şi pune în evidenţă cum zonele ocupate de speciile şi varietăţile speciilor de anofeli mai malaricigeni se suprapun peste regiunile unde frigurile ating maximum, confirmând odată mai mult rolul şi importanţa anofelismului în paludism.

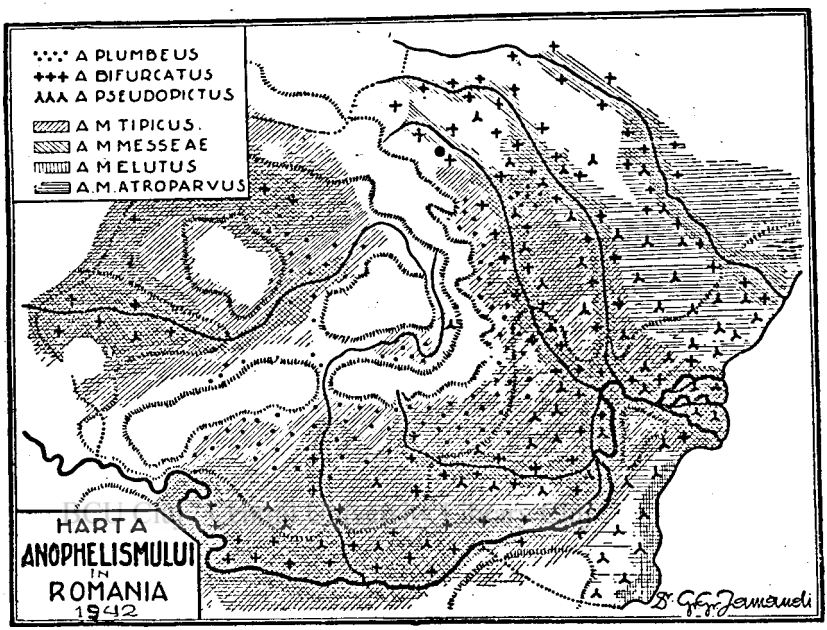
Aceiaşi hartă ne arată că o regiune intens invadată de Anofeli — global — nu trebue să fie obligator şi intens impaludată. Din contră, sunt regiuni cu un anofelism discret în care însă predomină varietăţile cele mai malaricigene (regiunile cu „atroparvus" de exemplu) în care frigurile au o intensitate şi morbiditate maximă.

Intre aceşti doi factori principali sau determinanţi — pe de o parte Anofelii şi pe de alta omul — gama factorilor secundari sau favorizanţi variază dela pesdimus la optimus, fiind cu atât mai reliefaţi cu cât şi focarul este mai puternic.

Şi astfel de cauzele geografice locale e legat anofelismul malaricigen şi de acest anofelism sunt legate frigurile aşa, că imagia sau

harta frigurilor la noi nu este decât rezultanta suprapunerii hărţilor factorilor determinaţi şi cauzelor favorizante.

Frigurile la noi se arată a fi cu atât mai frecvente şi mai morbide cu cât endemia evoluiază pe soluri de sărătură, soluri ce favorizează la maxim desvoltarea speciilor şi varietăţilor de anofeli malaricigeni (atroparvus, elutus).



Harta reprezentând repartizarea anofelină a ţinuturilor noastre nu poate fi privită ca ceva definitiv ci numai ca o încercare de a fixa printr'o imagine fixă ceva ce este într'o veşnică mişcare şi viu, imortalizând ca un instantaneu fotografic o clipă din frământarea acestei mişcări. Astfel privită harta reprezentând frigurile la noi, încearcă să redeie printr'o slabă şi stângace imagine perioada de timp în care a fost făcută, întru cât fauna anofelină variază dela sezon la sezon şi dela an la an.

PUDRĂ
ŞI
POMADĂ
INOTYOL

Iritațiile pielei
și toaleta
nailor născuți

Laboratoires du Dr. DEBAT-Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC

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

Creştere considerabilă
a globulelor roşii,
hemoglobinei şi greutăţii
corporale prin Artose.

ARTOSE

pentru tratamentul nou cu
FER şi CUPRU
al
ANEMIILOR

Flacon cu 100 g

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

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Clinica I Medicală Cluj-Sibiu
Dir. Prof. D-r Iuliu Haţieganu

TRATAMENTUL ULCERELOR GASTRO-DUODENALE CU HORMONI SEXUALI

de

D-r I. MACAVEI

Autorul publică rezultatele cercetărilor sale în tratamentul ulcerelor gastro-duodenale cu foliculină. Ajunge la următoarele concluzii:

Dintre toate substanţele medicamentoase utilizate până acum în tratamentul ulcerelor, hormonii gonadotropi s'au dovedit cei mai activi

Acţiunea lor este cu deosebire manifestă asupra durerii. Vindecarea anatomică, dispariţia semnelor radiologice se obţine mai ales în ulcerele gastrice pe când cele duodenale sunt mai rezistente. Administrarea se face în injecţii a 10.000 u. de trei ori pe săptămână, în combinaţii cu vitamina c, dand şi extrase testiculare pentru prevenirea mastodiniei, atenuarii licidoului. etc.

Vindecarea se produce printr'un efect vasodilatator şi unul trofic epiteliotrop.

Intrebuinţarea diferitelor substanţe, variate ca compoziţie chimică şi acţiune farmaco-dinamică în tratamentul ulcerelor gastro-duodenale, este datorită într'o mare măsură factorilor atât de diferiţi cari sunt invocaţi în etiopatogenia ulcerului.

Observaţiunile clinice care constată frecvenţa mai mare a ulcerelor gastro-duodenale la bărbaţi (4—1 faţă de femei), apariţia lor într'un procent mai ridicat la femei în menopauză, ameliorarea sau vindecarea ulcerelor la femei gravide, amendarea fenomenelor dureroase la bărbaţii ulceroşi cărora li s'a făcut transfuzie cu sânge de femeie, ca şi vindecarea anumitor gastrite rebele la tratament în urma injecţiilor cu foliculină la femei în menopauză, au contribuit la inaugurarea tratamentului cu hormoni sexuali feminini.

Korbsch (1937) este iniţiatorul acestei terapii noui. El întrebuinţează foliculina în doze de 10000 u. în combinaţie cu vitamina C. Mai târziu o serie de autori, mai cu seamă germani, au continuat observaţiile pe un număr variabil de cazuri (Focken, Parade, Schultz, Schittenhelm, Loewenstein), obţinând rezultate superioare faţă de tratamentele obicinuite până acum.

Focken, a aplicat acest tratament în 25 cazuri (dintre cari 3 femei), fără regim sever, din săptămâna a treia chiar regim normal, cu rezultate foarte bune. In 22 cazuri au dispărut durerile, pofta de mâncare a bolnavilor a revenit, toţi prezentând o dispoziţie sufletească optimă; în 2 cazuri nu a obţinut ameliorare, iar un altul după o ameliorare trecătoare a recidivat.

Heydecke, din 35 bolnavi trataţi în 18 cazuri a obţinut vindecarea ulcerului, în 6 cazuri o micşorare radiologică a nişei, celelalte rămânând neinfluenţate. El condiţionează în mare măsură reuşita tratamentului de repausul la pat, cel puţin 14 zile, altfel vindecarea este nesigură sau se produce numai după un timp mai îndelungat.

Litzka a întreprins cercetările asupra 73 bolnavi, dintre cari 26 în ulcer gastric, 33 ulcer duodenal, 14 gastrite, obţinând rezultate bune.

Schittenhelm şi **Loewenstein**, au tratat 80 bolnavi, dintre cari unii internaţi, alţii ambulanţi. La cei internaţi au aplicat metoda clasică, iar la cei ambulanţi, trei injecţii săptămânale timp de patru săptămâni, iar în săptămâna 5-a şi a 6-a, două injecţii a 10.000 u. Intercalau şi hormon testicular acolo unde era nevoie, odată sau de două ori pe săptămână. Ei au administrat şi un regim mai sever, cu înlăturarea mai ales a condimentelor, tutunului şi alcoolului. Efectele au fost mult mai bune la bolnavii trataţi în clinică, ca la ceilalţi. Ameliorarea s'a manifestat prin dispariţia durerilor şi câştigarea în greutate, bolnavii revenind la o stare generală mult mai bună.

Gülzow, din 44 cazuri tratate, în 31 obţine rezultate mulţumitoare. Cazurile pe cari le-a tratat în clinică s'au vindecat mai repede ca cele tratate ambulant. O atenţie deosebită trebue acordată cazurilor cu hemoragii recente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Koch, a tratat 56 de bolnavi cu Cyren B. Dintre acestea 43 s'au vindecat, 9 ameliorat, iar în 4 cazuri rezultatele au fost nule.

Parade, care s'a ocupat cu studiul acţiunii tratamentului cu foliculină, a preconizat administrarea preventivă a injecţiilor primăvara şi toamna şi utilizarea lor imediată la reapariţia durerilor 1—5 mgr. în decurs de două săptămâni. La femei în loc de hormoni foliculari recomandă injecţii cu extrase cortico-suprarenale.

La noi **Dimitriu** şi **Angelescu** s'au ocupat cu această problemă. Ei au studiat acţiunea hormonilor foliculari asupra secreţiei gastrice şi a puterii proteolitice a sucului gastric, constatând acţiunea inhibitoare a foliculinei asupra secreţiei sucului gastric, prin reducerea gradului acidităţii (0,18—0,95 gr. ‰) şi a puterii proteolitice (cu 0,41—1,50 unităţi Gross).

Metoda de tratament întrebuinţată de către majoritatea autorilor a fost aceia a administrării hormonului folicular zilnic în prima săptămână, la două zile în săptămâna a doua, trei zile în săptămâna a treia, şi la patru zile în săptămâna a patra. De sigur că injecţiile atât de frecvente implică oarecari dificultăţi mai ales la bolnavii trataţi ambulant. De aceea unii le administrează numai de două sau trei ori pe săptămână, 5—6 săptămâni.

Doza pro injecţie este de obiceiu de 10000 u.; **Litzka** administrează în primele două săptămâni două injecţii pe săptămână cu Proginon

B — oleosum forte (50000 u.), iar în săptămâna a treia şi a patra câte o injecţie.

Unii dintre autori administrează hormonul folicular şi pe cale bucală, Gmmeiner (Ovibion, dimineaţa pe nemâncate 5 pic.), Wagner (Proginon forte, 15 mlgr. de 4 × 6 pic. la zi, sau Stilben — oestromon 3 × 10—20 pic.) cu rezultate bune.

Pentru a împiedeca apariţia mastodiniei se obişnuieşte să se intercaleze şi injecţii cu hormoni testiculari 1—2 ori pe săptămână. Paralel cu întrebuinţarea hormonului folicular unii autori au administrat şi alte preparate hormonale testiculare, cortico-suprarenale (Parade, Schultz, Wagner). Wagner nu vede nicio deosebire între puterea vindecătoare a hormonilor foliculari sau testiculari, efectul iperemiant asupra mucoasei gastrice fiind acelaşi.

In clinica noastră tratamentul ulcerelor gastro-duodenale cu hormoni sexuali se face pe o scară întinsă în ultimii ani, atât la bolnavii internaţi în clinică şi ambulanţi, cât şi la consultaţiile gratuite. Din cauza posibilităţilor reduse de ospitalizare, numărul bolnavilor trataţi în clinică timp mai îndelungat este extrem de redus; dintre toţi bolnavii trataţi, 30 au putut fi revăzuţi după 6 luni, un an, până la un an şi jumătate.

Preparatul pe care l-am administrat cu preferinţă a fost Proginonul, după schema indicată; întâia săptămână zilnic, săptămâna a doua la 2 zile, săptămâna a treia la 3 zile, iar a patra la 4 zile. Dacă apărea o hipertrofie mamară sau se reducea apetitul sexual, ceea ce de altfel am observat foarte rar, tot la 3 injecţii de Proginon, se administra o injecţie de Testoviron forte. Deoarece însă injecţiile atât de dese constituiau în foarte multe cazuri o greutate pentru pacient, (mai ales la ţară, unde nu aveau la îndemână medicul), am utilizat şi o altă schemă de administrare pe care o credeam mai potrivită. Anume, tot la 3 zile o injecţie a 10000 u., 15—20 injecţii în total. Am observat rezultate foarte bune dacă asociam şi vitamina C. In câteva cazuri unde nu era posibil ca pacientul să urmeze tratament cu injecţii, am administrat Proginonul şi pe cale bucală, zilnic 1—2 tablete timp de 3—4 săptămâni.

Rezultatele obţinute de noi concordă în majoritatea cazurilor cu rezultatele obţinute de autorii străini. Ele au fost în unele cazuri foarte bune, în altele satisfăcătoare, iar în unele nule. Ele sunt însă în general foarte mulţumitoare faţă de efectele obţinute prin tratamentele de până acum ale ulcerelor.

Cele mai bune, rapide şi definitive rezultate le-am avut în ulcerele gastrice, unde, dela primele injecţii, asistam la dispariţia fenomenelor dureroase, ameliorarea stării generale a bolnavului şi dispariţia nişei după un interval foarte scurt. Amintesc cazul unui bolnav A. V. de 34 ani. In antecedentele personale nimic important. De 3 luni, pe front fiind, scaune neregulate, frecvente, de consistenţă moale. Este tratat cu diagnosticul de enterocolită fără rezultat. De o lună dureri în regiunea epigastrică, imediat după alimentaţie, dureri cari iradiază spre stânga şi în spate, durând 1—2 ore. Survin aproape zilnic, uneori de intensitate foarte mare. Bolnavul este foarte slăbit, palid. La examenul radiologic se constată o nişă de mărimea unei alune în treimea mijlocie a micii

curburi. Se începe un tratament cu Progynon. După o săptămână bolnavul pleacă acasă fără dureri, cu o stare generală bună. La un control făcut peste o lună, aspectul radiologic al stomacului este absolut normal, bolnavul câştigând în greutate şi forţe fizice. Durerile au dispărut încă dela primele inejcţii.

Ulcerele duodenale reacţionează mai încet şi mai nesigur şi la metodele de tratament de până acum. Efectul este bun şi manifest asupra durerii, stării generale, apariţiei poftei de mâncare şi înlăturării arsurilor. Modificările radiologice ale bulbului însă sunt foarte puţin sau de loc influenţate. In cazul unui ulcer vechiu, calos, cu o evoluţie mai veche de 5 ani, rezultatele sunt şi mai slabe. In ulcerele duodenale recente, de 1—3 ani, ameliorarea este evidentă chiar şi la indivizii în vârstă.

Citez cazul, unui bolnav de 64 ani, care de un an şi jumătate sufere de ulcer duodenal. La examenul radiologic făcut în Februarie 1943, se constată o deformaţie a bulbului. Bolnavul slăbit, avea arsuri permanente, dureri, mai cu seamă noaptea. După o serie de injecţii de Proginon starea generală se îndreaptă simţitor, câştigă în greutate, durerile dispar aproape complet. Revăzut în Septemvrie, bulbul duodenal este perfect conturat, nu mai prezintă nici o urmă din vechea leziune, bolnavul fiind foarte mulţumit de efectul tratamentului într'adevăr nesperat.

Cazurile controlate de noi, în număr de 30 se împart astfel: 18 ulcere duodenale, 9 gastrice, 3 gastro-duodenale.

Ulcere duodenale: 18, vindecate 4, ameliorate 9, nemodificate 5.

Ulcere gastrice: 9, vindecate 9.

Ulcere duble: 3, vindecate —, ameliorate 3.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Inţelegem ca vindecate numai acele cazuri unde şi radiologic am obţinut dispariţia ulcerului, ca ameliorate cazurile vindecate clinic însă nu radiologic, iar ca nemodificate acele cazuri unde şi manifestaţiunile clinice au fost prea puţin sau de loc influenţate.

In această privinţă observaţiile noastre nu concordă în totul cu cele ale unor autori germani, care publică un procent mai mare de vindecări radiologice.

Focken de ex. din 13 bolnavi cu ulcer duodenal, la 10 a obţinut dispariţia radiologică a ulcerului. La unul nişa s'a micşorat şi numai în două cazuri a rămas nemodificată.

In cazurile noastre chiar şi la ulceroşii de dată recentă, la indivizi tineri, unde vindecarea clinică s'a obţinut, totuşi imaginea de deformaţie a bulbului persista în unele cazuri chiar şi după un interval de 6—12 luni.

Afară de vindecarea anatomică ceea ce urmărim în tratamentul ulcerelor este ameliorarea simptomelor clinice sau complecta lor dispariţie. In general durerea este mai ales în bine influenţată. După primele injecţii bolnavul remarcă dispariţia sau ameliorarea durerii, ceea ce permite o alimentare mai bună. Unul dintre bolnavii noştri cu ulcer gastric, căruia i-am făcut o serie de injecţii de Proginon cu efect bun, după un interval de câteva luni revenindu-i durerile s'a prezentat din nou la consultaţii, aducând cu sine cutia cu Proginon pentru a reîncepe tratamentul. Deja după prima injecţie a afirmat că nu mai are dureri, după 6 injecţii fenomenele dispărând definitiv.

După dispariţia durerii, bolnavii alimentându-se mai bine câştigă

în greutate, pofta de mâncare le revine, starea generală îmbunătăţindu-se simţitor. In ceea ce priveşte vindecarea anatomică, dispariţia deformaţiunilor observate radiologic, după cum am afirmat şi înainte, suntem mai sceptici. In ulcerele gastrice într'adevăr asistăm la o dispariţie a nişei în timp relativ scurt, e altfel şi prin alte metode de tratament aceste ulcere au fost mai bine influenţate ca cele duodenale. Ulcerele duodenale sunt mai renitente. Acolo, unde procesul ulceros este vechiu, calos, complicat cu o periduodenită, nu ne putem aştepta la rezultate deosebite, nici în ceea ce priveşte influienţarea manifestărilor clinice, ceea ce se explică de altfel dacă luăm în considerare acţiunea fiziologică a hormonilor foliculari şi imposibilitatea de-a influienţa procesele scleroase şi cicatriciale constituite.

Accidentele, care se observă în cursul administrării hormonilor foliculari la bărbaţi sunt de minimă importanţă. Mai des se întâlnesc turburări ale potenţei, atenuarea libidoului şi mastodinia (ipertrofia dureroasă a mamelelor). Acestea sunt turburări reversibile cari dispar după încetarea administrării foliculinei. Pentru prevenirea lor obişnuim să dăm, după trei injecţii cu foliculină, o injecţie cu extract testicular forte (25 mlgr). O altă categorie de accidente o constituie anumite efecte nocive asupra mucoasei gastrice, descrise în ultimul timp. Asupra lor vom reveni.

Contraindicaţiuni formale nu sunt. Totuşi, din cauza acţiunii congestive asupra mucoasei gastrice, trebue să fim cu oarecare atenţie în cazurile cu hemoragii recente sau la ulceroşii predispuşi la hemoragii. După unii autori însă nici chiar hemoragia recentă nu constituie o contraindicaţie (Wagner).

In aceste cazuri hormonoterapia cu vitamina C sau K, dă rezultate bune.

Acţiunea fiziologică a hormonului folicular şi mecanismul vindecării ulcerelor s'au discutat cu deosebit interes.

Tangari, cercetând istologic stomacul cobailor cărora li s'a administrat foliculină, constată, după o administrare zilnică de 1000 u. foliculină, la 15 zile o iperemie a mucoasei şi submucoasei, la 30 zile o proliferare a epiteliului, la 45 zile o iperplazie epitelială cu îngroşare a mucoasei până la de patru ori grosimea iniţială, la 60—75—90 zile atrofie şi necroză. Iperemia mucoasei a fost constată şi de Korbsch prin examen gastroscopic.

Rezultă deci că foliculina are asupra stomacului un efect vasodilatator şi unul trofic epiteliotrop proliferant. Prin vasodilataţie se produce o irigaţie mai bună a mucoasei, favorizând o mai bună nutriţie şi vindecarea procesului ulceros.

Acţiunea inhibitoare asupra secreţiei sucului gastric a fost pusă în evidenţă de Albers şi Siekmann. Dimitriu şi Angelescu, au constatat şi reducerea puterii proteolitice a sucului gastric. Asupra spasmelor gastrice, foliculina are un efect spasmolitic.

Una dintre calităţile principale şi care a fost mult relevată a tratamentului cu foliculină, este dispariţia durerilor încă dela primele injecţii. Cercetările lui Kabelitz atribuie durerile din ulcere, mai ales durerile noctume, unei stări ipoglicemice. Dozând zahărul din sângele ulcerosului,

noaptea, în timpul durerilor,, au fost găsite valori între 30—50 mlgr, iar dimineața 60—80 mlgr. %. Durerile se calmau după injecții de glucoză. Dacă prin injecție de insulină se provoacă o ipoglicemie, s'a observat că se instalează o ipersecreție gastrică și iperperistaltism. Există deci o legătură între starea de ipoglicemie, secreția acidului clorhidric și peristaltismul stomacului. Scăderea concentrației zahărului în sânge, noaptea, declanșează secreția și contracțiuni peristaltice.

Prin tratamentul cu hormoni se ajunge la o nivelare a valorilor Pglicemiei, pe nemâncate, găsind valori mai ridicate decât acelea care existau la începutul tratamentului. Și efectul spasmolitic poate fi explicat tot prin ridicarea concentrației zahărului din sânge.

In lumina acestor constatări, se explică și efectul bun pe care-l au, în ulcere, spălăturile cu ser glucozat ale lui Eppinger și anume prin constituirea unor rezerve de zahăr celular, importante pentru regularea glicemiei.

In ultimul timp sunt autori cari combat acest tratament. Unii cred că posibilitatea utilizării îndelungate a hormonilor sexuali este limitată, „organismul producând la o întrebuințare prelungită, prin mijlocirea hipofizei anterioare un contraefect, care împiedecă acțiunea hormonilor foliculari, duce la recidive frecvente și la apariția de ulcere noui" (Wagner), sau că se desvoltă suficienți antihormoni (Collip) care să paralizeze acțiunea hormonilor sexuali. S'a descris și desvoltarea unui adeno-cc, cu metastaze multiple în urma unui tratament cu foliculină (Wagner).

Wagner, constată că toate tratamentele cari produc o vindecare clinică și radiologică a ulcerelor acționează și asupra tensiunii arteriale, amplitudinei bătăilor și frecvenței pulsului, producând o scădere a lor. El cuprinde aceste trei elemente sub denumirea de triada hemodinamică și apreciază efectul terapeutic în ulcere după comportarea acestor elemente și a metabolismului bazal, calculat după formula lui Read.

Dacă în cursul tratamentului bolnavul pierde în greutate, iar valorile metabolismului bazal și a componentelor triadei hemodinamice nu scad paralel ci se ridică, însemnează că atât acțiunea trofică cât și vasodilatatorică a hormonilor sexuali a încetat, intervenind unul din mecanismele amintite mai sus. (Wagner, Collip). Tot el propune utilizarea compușilor colinergici (substanțe vasodilatatoare și tonice musculare, prostigmin în tablete, ergocolin) în tratamentul ulcerelor, având o acțiune mai constantă și modul de administrare simplu.

Ulcerul fiind o boală cu evoluție cronică și îndelungată, care recidivează și după perioade de liniște de ani de zile, cercetările trebuiesc continuate. Numai o experiență de câțiva ani nu ne permite să tragem concluzii definitive.

Rezumând observațiile altora și ale noastre ajungem la următoarele concluzii:

1. Dintre substanțele utilizate până acum în tratamentul ulcerelor gastro-duodenale hormonii gonadotropi s'au dovedit foarte activi.

2. Afară de foliculină s'au administrat și hormoni testiculari și cortico-suprarenali cu efecte identice.

3. Acțiunea hormonilor sexuali este cu deosebire promptă asupra durerilor.

4. Adeseori observăm în scurt timp şi o ameliorare vizibilă a semnelor radiologice, chiar dispariţia lor.

5. Ulcerele gastrice sunt cele mai bine influienţate, dând un procent mare de vindecări. Ulcerele duodenale vechi caloase sunt mai renitente la tratament.

6. Administrarea se face de preferinţă în injecţii a 10000 u. de trei ori pe săptămână, 4—6 săptămâni, dând totodată şi vitamină C.

7. Pentru prevenirea efectelor secundare se recomandă ca tot după 3 injecţii de foliculină să dăm o injecţie cu extras testicular.

8. Noi nu am observat niciun accident în cursul administrării foliculinei.

9. Vindecarea se produce printr'un efect vasodilatator şi unul trofic epiteliotrop.

L'auteur publie le résultat de ses recherches dans le traitement des ulcères gastro-duodénales avec de la folliculine. Voici les conclusions auxquelles il aboutit:

De toutes les substances médicamenteuses employées jusqu'à présent dans le traitement des ulcères les hormones gonadotropes se sont montrés comme les plus actifs.

Leur action est particulierement efficace en ce qui concerne les douleurs. La guérison anatomique est constatée surtout dans les ulcères gastriques car les ulcères du duodénum sont plus rémittentes.

Le médicament est administré en piqûres de 10.000 u. trois fois par semaine additionné de la vitamine C et d'extraits testiculaires pour prevenir la mastodinie, et la diminution du libido.

La guérison se produit par un effet vaso-dilatateur et trophique épitéliotrope.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stări de epuizare şi excitaţie nervoasă

Insomnie nervoasă
Depresiuni

Turburări vaso-motoare

CALCIBRONAT

(Ca — Br — Lactobionat)

Ambalaje aluminate cu 10 tablete
1—3 tablete pe zi

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

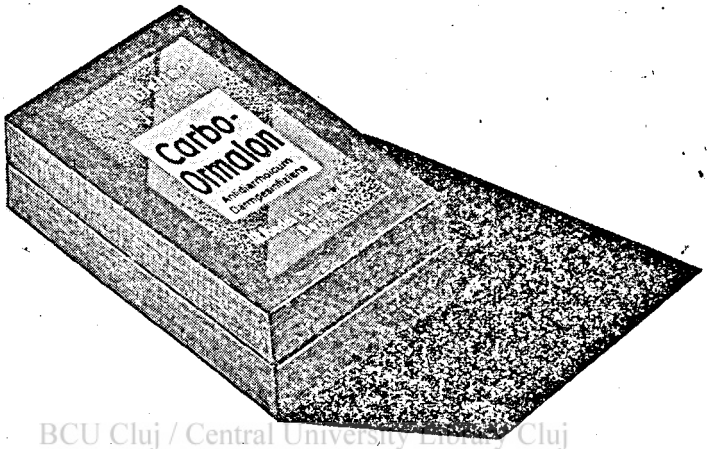
Ampule de 5 şi 10 ccm.

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

Pentru desinfecţia intestinului

Carbo-Ormalon



BCU Cluj / Central University Library Cluj

IN ENTERITELE DIAREE

SINDROMUL GASTRO-CARDIAC

METEORISM

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:
RUDOLF FOREK, BUCUREŞTI, III
STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 6

Lucrare făcută în Serviciul de Tuberculoză
dela Spitalul Pantelimon, Bucureşti,
condus de Medic primar Conf. D-r Marius Nasta

INFILTRATE FUGACE HIPERERGICE TUBERCULOASE

de

Conf. D-r M. NASTA şi **D-r GH. BUNGEŢEANU**

Condensări pulmonare cu evoluţie reversibilă, în tuberculoză, au fost descrise încă de Grancher şi de Hutinel. Intre splenopneumonie, aşa cum a fost descrisă de aceşti autori, şi epituberculoza, nume dat de Eliasberg şi Neuland, nu există deosebire, decât că prima terminologie este mai des utilizată în Franţa pe când a doua mai ales în ţările germanice.

Manifestare sgomotoasă, însoţită de febră accentuată şi semne clinice bine descrise de autorii francezi: matitate sau submatitate, abolirea murmurului vezicular, suflu dulce, broncho-fonie şi pectoriloquie afonă, la început numele de splenopneumonie s'a aplicat unei afecţiuni acute, cu alură clinică specială. Epoca radiologică a arătat însă frequenţa infiltratelor pulmonare fără traducere clinică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Chiar dela Grancher s'a semnalat posibilitatea etilogiei tuberculoasă a splenopneumoniei. Epituberculoza a fost şi ea dela început, privită ca o manifestare exsudativă mare împrejurul unei leziuni tuberculoase. Acelaşi lucru este demonstrat şi de Armand-Delille şi pentru splenopneumonie. Este admis însă de toţi, că leziunea tuberculoasă este de multe ori extrem de mică, astfel că ea poate scăpa chiar unui examen atent.

Aşa se explică absenţa bacilului Koch din spută, pe secţiuni, în sucul gastric la examen direct şi prin omogeneizare şi raritatea cu care se poate evidenţia în sucul gastric prin inoculare la cobai. Ba chiar mai mult, Armand-Delille a putut prezenta cazul unei splenopneumonii apărută de partea opusă leziunei mici primare existente.

Schürmann de asemenea admite, că leziunea tuberculoasă nu trebue totdeauna să fie în plămân, ci poate fi într'un ganglion de exemplu, puiând totuşi cauza o infiltraţie epituberculoasă.

Anatomic aceste modificări se caracterizează printr'o infiltraţie edematoasă sau celulară nespecifică, în care uneori pot fi puşi în evidenţă mici noduli fibrino-necrotici, fără ca aspectul anatomic să fie într'adevăr acela al unor tuberculi. Nettoyage-ul radiologic este complect.

E drept că, unii autori s'au străduit să pună în evidenţă alteraţiuni anatomice mai înaintate, nefiind de acord cu un simplu edem intrapulmonar — o urticarie a plămânului —, astfel este descrierea de leziuni de „pneumonie epitaliială" a unuia din cazurile lui Armand-Delille, totuşi chiar în aceste descrieri nu este niciodată vorba de afluxul extraordinar de celule din pneumonia genuină, unde suntem în prezenţa unui adevărat **granulom inflamator**, nici de pneumonia tuberculoasă (de primo-infecţie) a sugarului, cu care se confundă adesea, aceasta fiind o infiltraţie cu tendinţă net cazeifiantă. Mai de grabă avem impresia că suntem într'un capitol de frontieră între reacţiile anatomice din marile pirexii pulmonare, în care predomină elementul **inflamator celular** şi reacţia din edemul pulmonar acut, în care domină **irrupţiunea intra-alveolară de serozitate.**

Tocmai spre a diferenţia aceste modificări reversibile, s'a încercat de către Germani introducerea termenului „Infiltrierungen", spre deosebire de „Infiltraten", acestea din urmă aparţinând însuşi focarului cazeos.

În privinţa **interpretării** acestor manifestări reversibile, suntem de acord cu majoritatea autorilor, care le atribuie o origine toxinică alergică, ele fiind reacţia unui organism în hiperalergie faţă de alergenul corespunzător. Această interpretare se acordă cu: lipsa bacililor în leziuni şi în spută, caracterul leziunilor, coexistenţa unor reacţii cutanate la tuberculină foarte violente şi totodată este confirmată de date experimentale. Astfel se cunoaşte, încă dela Virchow, posibilitatea de a produce accidental aşa numitele „Tuberculininjektionspneumonien". Mai târziu, când s'a învăţat a se întrebuinţa doze mai mici, foarte des se putea observa la examenul fizic, o mărire a sgomotelor adventice la nivelul focarului pulmonar după injecţie de tuberculină. Chiar se doza terapeutica după acest semn fizic şi după temperatură. Odată cu venirea erei roentgenologice s'a putut constata că această exagerare a semnelor fizice corespundea de fapt la hiperemii congestive, adesea unor epituberculoze din cele mai tipice. Asemenea **reacţii tuberculinice pulmonare** au fost citate de mulţi autori (Redeker, Rüscher, Lendeertz, Sylla, ş. a.). Astăzi lucrul pare admis că splenopneumoniile (epituberculozele) sunt modificări alergice datorite toxinei tuberculoase pe un organism în stare de hipersensibilitate exagerată asociată cu un anumit grad de rezistenţă la tuberculoză. Varietatea formelor de tuberculoză ţine, în mare parte, de starea de moment a sensibilităţii şi rezistenţei şi de variaţia raporturilor acestor două în timp, precum şi de starea constituţională. Hipersensibilitatea şi imunitatea nu evoluează paralel. Starea subiectului infectat este o **asociaţie în proporţii variabile între hipersensibilitate şi imunitate.**

Astfel, pe când leziunea tuberculoasă, de **primo-infecţie,** lovind un organism uman virgin, în care sensibilitatea şi rezistenţa specifică sunt zero, are anumite caractere proprii:

difuziune pe loc a alteraţilor pneumonice şi a procesului de cazeificare,

invaziunea rapidă a aparatului ganglionar limfatic ale cărui leziuni întinse prezintă aceleaşi caracteristici ca şi leziunile pulmonare,

diseminare granulică;

Organismul **deja atins de tuberculoză** devine **mai rezistent,** cazeificarea e mai puţin întinsă, mai puţin difuză, reacţiile ganglionare sunt mai limitate, generalizarea granulică mult mai rară, în schimb însă devine **mai sensi-**

bilizat la toxinele bacilare, dovadă tuberculino-reacția, oedemul difuz și întins, congestie împrejurul focarelor cazeoase.

Hipersensibilitatea și imunitatea au putut fi disociate experimental în toată prima fază a tuberculozei experimentale (Boquet; M. Nasta). Hipersensibilitatea atinge iute maximum, în timp ce tegumentul cobaiului mai este încă receptiv la inocularea unei doze de 1/10.000 mgr. bacili virulenți. Între maximum de hipersensibilitate și instalarea imunității tegumentului este un decalaj de trei săptămâni.

Pe lângă acești doi factori, dobânditi, variabili în timp, — o hipersensibilitate care se instalează mai iute și o imunitate care se instalează mai încet cercetările experimentale ale lui Diehl și clinice ale lui K. Klare au atras atenția asupra factorului de teren preexistent infecției. Aceștia au dovedit existența unei constituții rezistente la tuberculoză, care se caracterizează printr'o mare capacitate de reacțiune a țesuturilor mezenchimatoase, denumită „reizbare Konstitution" sau constituție hipermezenchimatică, care conferă organismului respectiv proprietatea de a reacționa cu caractere urticariene, oedematoase, fluxionare, exsudative la excitații nespecifice. Dacă pe lângă această predispoziție nespecifică să adaugă și sensibilizarea specifică față de virusul tuberculos, care am văzut că este urmarea infecțiunei, sunt întrunite condiții în special de favorabile pentru ca pe acest teren să evolueze tuberculoza cu o componentă foarte mare de reacțiune congestivă.

Și desvoltarea spenopneumoniilor, care sunt „vaste reacții inflamatorii acute împrejurul a focare cazeoase microscopice" este condiționată de starea terenului. Ele sunt „expresia celei mai înalte hipersensibilități la toxina tuberculoasă" (Armand-Delille).

Această asociere de hipersensibilitate exagerată, față de toxina tuberculoasă cu o rezistență nu prea mare față de virus, se întâlnește mai ales în epoca post-primară a infecției tuberculoase (adică într'o epocă nu prea depărtată de data infectării subiectului respectiv), de altfel și frequența mai mare a splenopneumoniilor este în epoca celei de a doua copilării. (Intre 5 și 10 ani reprezintă 50% din tuberculozele pulmonare manifeste. Armand-Delille).

Amintim aci și ipoteza prin care s'a explicat apariția și dispariția atât de rapidă a acestor umbre pulmonare, cu restitutio ad integrum, prin mecanismul atelectaziei. Insă această atelectazie ar fi, chiar după promotorii acestei teorii (Rösle), produsul unei compresiuni bronchice exercitată de un ganglion limfatic hipertrofiat. Dar și acest caz ni se pare că intră în cadrul reacțiilor hiperergice, căci pentru a admite această modificare rapidă de volum (creștere și descreștere) care să producă obliterarea și apoi permeabilizarea bronchiei, într'un timp relativ scurt, înseamnă că și ganglionul este sediul unor procese fugace însoțite de oedem accentuat, o adevărată „epituberculoză a ganglionilor bronchici".

In concluzie pentru noi termenii de splenopneumonie tuberculoasă, epituberculoză, „Infiltrierungen" sunt sinonime, desemnând sindroame de condensare pulmonară reversibile a căror patogenie este o reacție de hipersensibilitate.

E cazul să amintim aici că și în unele forme de tuberculoză, care nu se pot încadra printre infiltratele fugace, întâlnim o componentă congestivă — mai corect oedematoasă — foarte importantă. Astfel e cazul **lobitelor,** care comportă un prognostic relativ benign, în comparație cu întinderea leziunilor. Rezorbția unei mari părți a umbrei radiologice e frequentă, ca și debutul acut sau subacut. Chiar topografia lobară și limitarea ei la scizuri nu concordă cu o diseminare de leziuni bacilare, care n'ar ține seamă de această topografie. In acest sens, socotim că lobitele, ca de altfel și infiltratele precoce, fac trecerea între infiltratele fugace și formele de tuberculoză în care reacțiile pulmonare față de bacili îmbracă celelalte forme anatomice: supurația

cazeifiantă şi producerea de fibroză şi foliculi. In lobite este o împretire a acestor trei modalităţi reacţionale, componenta oedematoasă fiind destul de importantă.

De altfel tranziţia între infiltratele fugace şi formele care duc la cazeificare este frumos demonstrată de cazul VI publicat de Leitner în Ergeb. der gesamt. Tbk. — forschungen, Bd. X. Această observaţie priveşte cazul unei bacilare care, la interval de 4 ani, face exact în acelaş teritoriu pulmonar 2 infiltrate, dintre care primul se rezoarbe fără urmă, iar al doilea se excavează rapid. Ambele infiltrate au prezentat caracteristicele „sindromului lui Loeffler".

„Sindromul lui Loeffler" este ultimul apărut în concertul nomenclaturilor menite să desemneze infiltraţii pulmonare hiperergice fugace.

Din punct de vedere clinic şi radiologic, evoluţia infiltratelor tip Loeffler este perfect superpozabilă epituberculozelor. In etiologia lui se admit însă ca factori mai frequenţi: tuberculoza, ascaridioza, astmul, sensibilizarea la diferiţi alergeni externi (polene, etc.).

Ce corespunde acestei nomenclaturi speciale?

Sindromul lui Loeffler are o particularitate hematologică, eosinofilia, care a creiat individualitatea lui nosologică. Ori, punctul nostru de vedere este că, în ceea ce priveşte infiltratele loeffleriene la cari se admite originea tuberculoasă, pe lângă lipsa unor limite nete clinice, radiologice, evolutive şi chiar de laborator (aceeaşi absenţă a bacilului Koch în expectoraţie, acelaşi tip de reacţii cutanate la tuberculină, etc.), prezenţa acestui caracter humoral şi tisular — care nu se ştie dacă n'a fost prezent, dar trecut cu vederea şi în multe din vechile observaţii de splenopneumonii şi în ceva mai recent studiatele epituberculoze — nu poate constitui un caracter de hotărîtă diferenţiere. Căci ce însemnează această eosinofilie decât expresia unei hiperalergii a terenului respectiv, hiperalergie care este demonstrată şi de alte modificări de aceeaşi natură (ex.: curba hiperglicemiei provocate afectează un tip alergic). Eosinofilia este comună tuturor stărilor alergice şi nu este surprinzător că este prezentă în infiltratele pulmonare fugace, care nu sunt altceva decât manifestări alergice. Dar nu numai că eosinofilia este un epifenomen banal; autori, care printre primii au izolat sindromul Loeffler (ex. Leitner) admit existenţa sindromului şi fără eosinofilie (cazuri în cari mai corectă credem că este denumirea de pneumonii abortive sau atipice, cum de altfel le desemnează chiar Leitner, înglobându-le totuşi între infiltratele loeffleriene). Deci, dacă acest semn — ce singur face deosebirea între un infiltrat fugace de tip loefflerian şi o epituberculoză — eosinofilia, nu este constant, pentru ce ar constitui un argument aşa de puternic de separaţie faţă de celelalte infiltrate fugace alergice? După noi această separaţie nu există în realitate, după cum nu există un sindrom Loeffler ca unitate nosologică aparte. Infiltratul loefflerian trebue desmembrat şi privit ca un sindrom ce poate avea etiologii diferite, şi nimic mai mult decât un sindrom. Astfel va trebui totdeauna, în prezenţa lui, să facem un diagnostic diferenţial etiologic şi vom vorbi de un sindrom loefflerian tuberculos, ascaridian, polenic, paralergic, pneumonic, etc., după cum vorbim de o meningită tuberculoasă, meningococică, streptococică, pneumococică, tifică, etc., etc., după cum vorbim de o pneumonie pneumococică şi o pneumonie tuberculoasă, o splenopneumonie pneumococică (congestie pulmonară de tip Grancher) şi o splenopneumonie tuberculoasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De aceea, ne deosebim de unii autori cari s'au ocupat de infiltratele fugace cu eosinofilie şi care au tendinţa de a le socoti o boală aparte, căci iată de exemplu, ce scrie textual R. Cohen, făcând diagnosticul diferenţial al acestei afecţiuni, deşi admite că „această maladie pare să trebuiască a fi clasată în grupul boalelor alergice şi pare să poată fi deşteptată de cauze multiple printre care se poate menţiona tuberculoza": „en réalité la vraie confusion, celle qui ne doit pas être commise, est de croire a une tuberculose...".

In divergenţă cu aceşti autori, suntem de părere că benignitatea afecţiunii nu trebue să excludă a priori amestecul posibil al tuberculozei, ştiut fiind polimorfismul sub care poate să se prezinte aceasta din urmă, şi că sindromul loefflerian nu poate fi opozabil tuberculozei, aşa cum nu poate fi opozabil astmul, ambele sindroame putând fi produse de cauze foarte variate, dela sensibilizarea faţă de polenul mărgăritărelului sau al lui Ligustrum vulgare (Engel) şi până la tuberculoză, care e recunoscută ca spină iritativă posibilă a astmului şi care trebue recunoscută şi drept una din cele mai frequente cauze ale infiltratelor fugace cu eosinofilie.

De altfel între aceste două alergoze există multe puncte de contact. Bezançon şi colaboratori pledează chiar pentru concepţia că între ele nu există decât o deosebire de „etaj". Reacţia aleargă intra-alveolară care provoacă infiltraţia ocdematoasă din sindromul lui Loeffler este identică cu manifestarea congestivă alergică de la nivelul bronchiolei care provoacă strâmtoarea lumenului acesteia în astm.

Şi cu toate acestea, am putea spune că mai multă autonomie are astmul, ca sindrom, — fiind în manifestarea lui mai independent faţă de etiologie — decât sindromul Loeffler, în care încep să se întrevadă diferenţe humorale după factorul etiologic diferit. E drept că deocamdată aceste diferenţe sunt prea fin nuanţate pentru a putea constitui adevărate criterii ştiinţifice, totuşi adunarea lor într'un mănunchiu poate constitui un element de diagnostic diferenţial, iar meritoasele eforturi ale autorilor de discriminare şi de îmbucătăţire ale acestui sindrom merită să fie urmate. Amintim că infiltratul loefflerian tbc. prezintă următoarele caracteristici particulare care vor ajuta diagnosticul:

— antecedente tuberculoase
— reacţii cutanate violente la tuberculină.
— seroreacţiile specifice (reacţia de floculare şi de deviere a complementului după Meinicke) sunt pozitive, ultima situându-se adesea din p. d. v. cronologic în întârziere faţă de evoluţia infiltratului
— rămânerea unui mic focar cicatrizat după dispariţia infiltratului (absenţa lui nu infirmă etiologia tuberculoasă).
— uşoară deviere spre stânga a formulei lui Arneth, adesea reacţie de apărare monocitară, uneori însoţită de fază monocitară după vindecare („reacţie monocitară bifazică" după Leitner) ca şi faza de vindecare limfocitară
— accelerarea vitezei de sedimentare (mai mică decât în pneumonii-
— accelerarea vitezei de sedimentare (mai mică decât în pneumoniile abortive Leitner),
— hemoptiziile.

Din punct de vedere **anatomo-patologic**, în cazul sindromului Loeffler tuberculos, reacţiile sunt cele descrise la splenopneumonii şi epituberculoze, însă cu eosinofilia locală respectivă, care o întrece şi pe cea sangvină, având deci uneori de a face cu o adevărată „pneumonie cu eosinofile" (Meyenburg).

Din punct de vedere al patogeniei aceeaşi identitate cu epituberculozele.

E interesant să amintim aci că s'au putut evidenţia experimental eosinofilii sangvine care întovărăşesc administrarea de tuberculină. (v. Rombeg, Müller, Brösamlen, Michels, Leitner).

Reamintim că nu atribuim acestei eosinofilii decât valoarea pe care o are în orice şoc coloidoclazic la un organism sensibilizat pentru oricare alergen.

In acelaş sens, pledează şi observaţia foarte interesantă publicată de V. Gramazio în Ann. dell'Inst. Forlanini, anno VI (cazul II), în care e vorba de un student cu peritonită bacilară care a prezentat o opacitate pulmonară recidivantă, precedată, de fiecare dată, de exacerbarea simptomatologiei peritonitice. Autorul sugerează ipoteza că opacitatea pulmonară recidivantă a fost o manifestare reacţională a toxinei tuberculoase provenită din focarele peritonitice active; această reacţiune s'ar fi manifestat la distanţă în parenchimul pulmonar, care se găsea într'o stare de particulară sensibilitate faţă de toxinele bacilare.

Ca şi pentru celelalte infiltrate tuberculoase, apariţia sindromului loefflerian este mai frequentă în perioada post-primară a tuberculozei, perioadă caracterizată printr'o stare specială de hiperalergie tuberculoasă, căci pentru noi, dealtfel, epituberculoza, splenopneumonia tbc. şi infiltratul loefflerian tuberculos nu sunt decât infiltrate tuberculoase fugace, eosinofilia — prezentă sau nu, căutată sau trecută cu vederea — căreia am arătat ce semnificaţie îi atribuim, nu ne va obliga să disociem aceşti termeni, a căror multiplicitate nu face decât să întreţie confuzii.

Vom cita un caz de curând observat, care evidenţiază greutatea de a alege între diagnosticul de epituberculoză, splenopneumonie şi sindrom Loeffler:

Studia Univ. Babeş-Bolyai, Cluj-Napoca, Series Medicina, 1-2, 1956

La 12 Iulie 1943, se internează în Spitalul Z. I. 306 Serv. Tbc., fruntaşul Bâcu Petre, de 23 ani, din Com. Bivolari, jud. Iaşi, evacuat dintr'un Spital de Campanie din Simferopol.

Antecedentele heredo-colaterale ale bolnavului sunt lipsite de orice importanţă.

Antecedente personale: accese de malarie în adolescenţă. Afirmă că prin vara anului 1942, a avut spute hemoptoice repetate pentru care a fost internat în Spital de mai multe ori. Prin luna Martie 1943, a prezentat dureri la baza stângă, care au debutat insidios, însoţit de expectoraţie şi tuse. Pela 15 Iunie lepizod gastric cu vărsături greaţă, temperatură şi, junghiu la baza stângă. Internat în spitalul de Campanie din Simferopol la 27 Iunie, o puncţie exploratoare pleurală stângă pune în evidenţă un lichid purulent galben verzui, subţire, cu miros greţos, abundent, care microscopic a prezentat: numeroase polinucleare, abundentă floră microbiană, coci şi bacili gram pozitivi şi gram negativi. In timpul internării la Simferopol, a avut o vomică, care s'a mai repetat şi în tren în timpul evacuării. La 2 Iulie se scot din nou 80 cmc. puroi şi se face o spălătură pleurală cu sol. Rivanol 1%. Evacuat din Simferopol la 4 Iulie.

Stare prezentă. Constituţie robustă, tegumente normale, mucoasele de asemenea. Matitate în 1/3 infer. a hemitoracelui stâng, vibraţii şi respiraţii abolite la acest nivel. In rest murmurul vezicular normal, fără sgomote supra-adăugate. Sgomotele cardiace normale; ritmul idem. Ficatul în limite normale. Splina nu se percută. Abdomenul suplu, nedureros. Lojile renale libere. Reflexele normale. Afebril. Starea generală foarte bună.

Puncţia exploratoare la baza stângă a fost negativă.

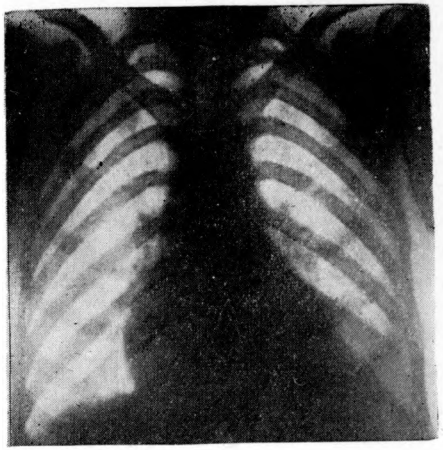
Radioscopic: opacitate omogenă interioară stângă cu concavitate superointernă depăşind puţin sinusul care e simfizat. Sinusul costo diafragmatic stâng nu se deschide.

Deci ni s'a prezentat nouă într'o stare de sănătate, neştirbită decât de sechelele pleureziei supurate pe care o avusese cu puţin înainte.

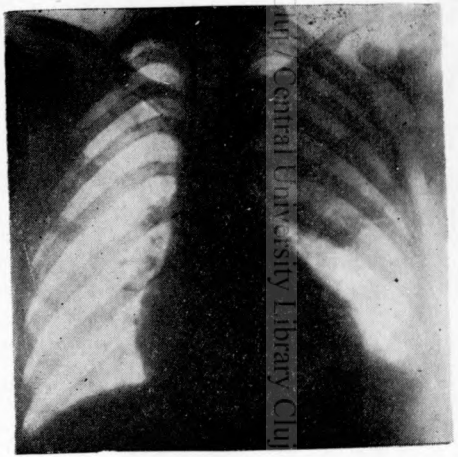
ACTA MEDICA ROMANA
Nr. 3-4/1944

PLANŞĂ

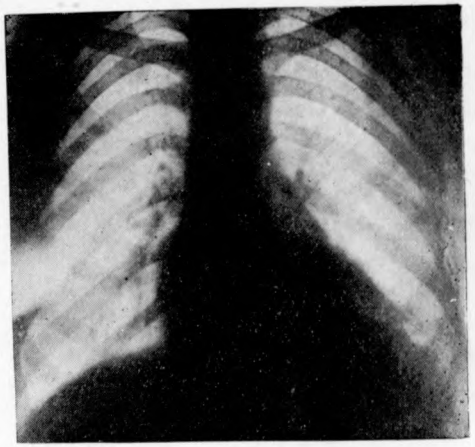
BCU Cluj / Central University Library Cluj



Radiografia I. — 7 Aug. 1943.



Radiografia II. — 14 Aug. 1943.



Radiografia III. — 22 Sept. 1943.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Brusc, începând din ziua de 2 August, începe să febriciteze, după ce avusese în croşet febril la 30 Iulie. (V. fig).

La examenul fizic şi radiologic, practicat în această zi nu se constată nimic deosebit, în afară de opacifierea sinusului costo-diafragmatic stâng, deja amintită. Deoarece febra persistă cu mari remitenţe matinale, este din nou examinat peste câteva zile (10 Aug.) şi se găseşte în jumătatea superioară a hemitoracelui stâng matitate, viraţii abolite, murmurul vezicular abolit şi el, suflu pleuretic, bronchofonie şi egofonie. Radioscopic, se constată opacitate de densitate medie, ocupând parte din câmpul pulmonar stâng, pornind dela peretele toracic şi fiind limitată în partea internă de o margine convexă, care ajunge până aproape de mediastin. (V. schema şi radiografia 2). Examenul radioscopic următor, practicat la numai 8 zile interval, arată o reducere în intensitatea şi întinderea opacităţii, pentru ca la 24 August (13 zile dela începutul epizodului febril) să fie aproape complect dispărută iar la 27 Aug. să nu mai fie nici o urmă despre ea. Deci la un individ adult tânăr, cu antecedente pulmonare suspecte, având în antecedente apropiate o pleurezie purulentă stângă, apare un epizod febril care durează în total 21 zile, întovărăşit de un infiltrat pulmonar fugace, de dimensiuni mari ($^2/_3$ sup ale plămânului) ce apare într'un teritoriu anterior perfect normal, urmat de o restitutio ad integrum, fără nici un semn funcţional din partea aparatului respirator, întovărăşit numai de slăbire generală (dela 70,300 la 67,200, în timpul acmeei).

Simptomatologia fizică a fost cea descrisă clasic de Grancher pentru spleno-pneumonii. Evoluţia clinică şi radiologică erau de acord cu acest diagnostic.

Reflectând însă la diagnosticele diferenţiale ce ar fi putut să se pună în cazul nostru am cercetat formula sangviină (abea la 3 Septembrie, adică a 13-a zi de apirexie), care a dat următorul rezultat:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stabkernige	3,5 %
segmentkernige	30 %
forme tinere	0,5 %
cosinofile	31,5 %
bazofile	1 %
limfocite mici	16,5 %
limfocite mari	12 %
monocite	16 %

La 5 Sept. formula leucocitară este:

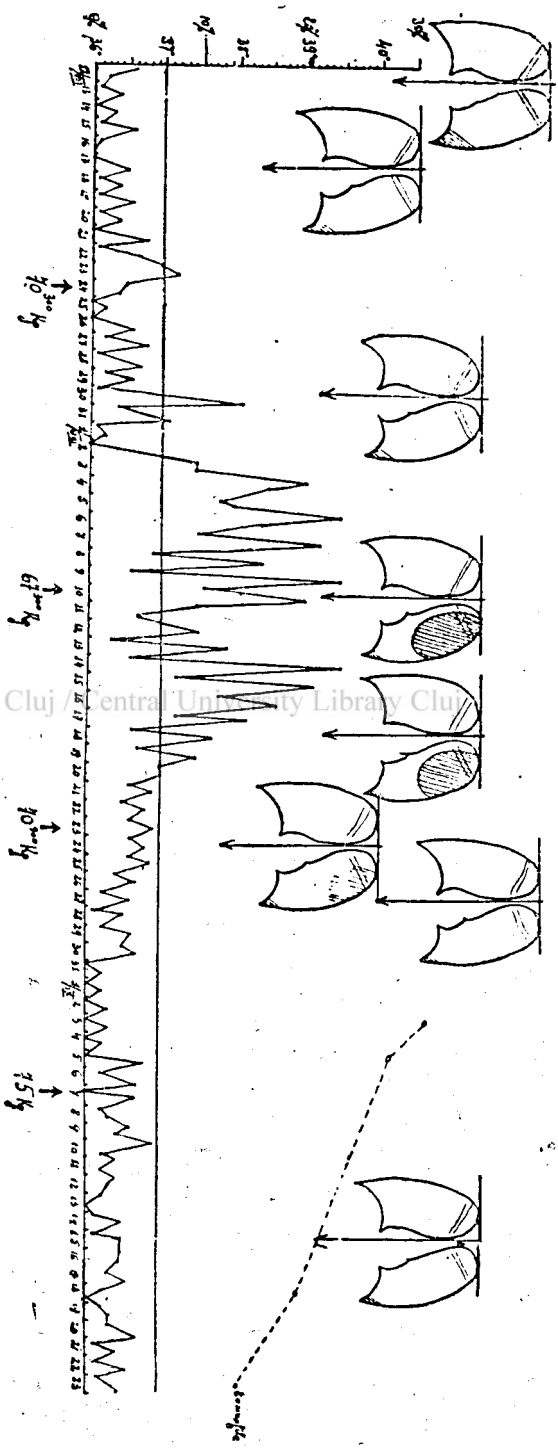
stabkernige	3 %
Segmentkernige	27 %
cosinofile	28 %
limfocite mici	7 %
limfocite mari	6 %
monocite	29 %

La 18 Sept.:

stabkernige	1,5 %
segmentkernige	31 %
forme tinere	0,5 %
cosinofile	19,5 %
bazofile	0,5 %

La 23 Sept.:

stabkernige	6 %
segmentkernige	39,5 %
cosinofile	14 %
bazofile	1,25 %
limfocite mici	17,25 %
limfocite mari	12,5 %
monocite	9 %



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sedimentarea la 8 Sept.: 40,53, 69 minute (Linzenmeyer).

Având în vedere marea eosinofilie constatată, am căutat prezenţa paraziţilor intestinali, deoarece ascaridioza este una dintre cele mai frequente cauze ale sindromului loefflerian.

Examenul făcut fecalelor soldatului B. P.., pentru căutarea ouălelor de paraziţi, la Secţia de Parazitologie a Institutului Dr. Cantacuzino, a fost negativ. *)

In cazul observaţiei pe care am prezentat-o mai sus intradermoreacţia cu tuberculină, practicată la 20 Sept. 1943 cu diluaţiile 1/100.000 şi 1/10.000 cu o tuberculină preparată la Copenhaga şi una indigenă şi citită la 24 şi 48 ore, a dat un rezultat foarte intens pozitiv cu eflorescenţă în cocardă, de respectiv 28 mm şi 40/50 mm, în centru cu flictene, fiind cel mai intens răspuns din câte am avut de înregistrat la 120 bolnavi, cărora li s'a făcut în acelaşi timp intradermo-reacţia.

Amintim aici că şi infiltratele precoce se întovărăşesc adesea de eosinofilie, aşa că uşor pot fi confundate cu cele hiperergice fugace acesta fiind diagnosticul diferenţial cel mai greu de făcut. De altfel am semnalat că şi infiltratele precoce au o componentă alergică destul de însemnată, între ele nefiind decât o deosebire de grad. Elementul radiologic al diagnosticului diferenţial este că umbra din infiltratele fugace are un caracter de omogeneitate şi semitransparenţă sui-generis („Milchglasschatten"), bine evidenţiat pe radiografia nr. 2 din cazul nostru, care-l apropie mai mult de umbrele exsudatelor pleurale în lamă subţire, lucru care s'ar explica şi simptomatologia fizică lichidiană în cazurile când infiltratul ajunge până la perete, ca în observaţia noastră). Diagnosticul diferenţial în observaţia noastră cu infiltratul precoce a fost uşor din cauza simptomatologiei şi evoluţiei.

In concluzie, am avut de-a-face cu o afecţiune care după simptomatologia clasică fizică a fost etichetată splenopneumonie. Acestui epizod i s'a adăugat însă şi un semn hematologic — eosinofilia — propriu sindromului de dată mai recentă ce poartă numele distinsului profesor de clinică medicală dela Berna. Oare prezenţa acestei eosinofilii trebue să ne determine să schimbăm primul diagnostic cu cel de infiltrat

*) Totuşi e cazul să amintim că pe simpla coexistenţă a prezenţei ouălelor de paraziţii ca un infiltrat pulmonar cu eosinofilie nu trebue imediat trasă concluzia etiologiei ascaridiene, mai ales în mediul din ţara noastră, unde infestarea cu paraziţi intestinali este aşa de frequenţă. Astfel, am avut ocazia să observăm, aproape concomitent cu bolnavul, a cărei observaţie am redat-o, încă un caz, în care s'ar fi putut face această confuzie.

E vorba de un soldat în vârstă de 29 ani, prezentând un infiltrat pulmonar, în partea inferioară a lobului superior drept, cu eosinofilie de 11 %. In acelaş timp intradermo-reacţia la tuberculină practică a fost negativă deasemenea baciloscopia în repetate rânduri. Descoperirea de numeroase ouă de ascarizi în scaune părea să justifice diagnosticul de infiltrat Loeffler ascaridian. Totuşi caracterele umbrei radiologice, mai puţin omogenă decât în acest infiltrate, părea să contrazică dela început diagnosticul pus. Evoluţia ulterioară a confirmat acest fel de a vedea, căci infiltratul n'a dispărut după o cură de santonină, deşi ea a avut ca efect expulsarea unui ascarid voluminos, aşa cum ar fi fost de aşteptat în cazul unui infiltrat loeffleriar de etiologie ascaridiană, ci din contra a continuat să evolueze spre abces pulmonar.

tip Loeffler. Nu suntem de părere pentrucă după convingerea noastră aceşti doi termeni nu sunt antagonişti ci sinonimi. Ambele afecţiuni nu sunt decât reacţii inflamatorii, alergice, ale ţesutului pulmonar, eosinofilia nefiind decât expresia marei hipersensibilizări a organismului, în cazul nostru faţă de tuberculină, după cum vine să o dovedească intra-dermo reacţia efectuată. Oare definiţia pe care Armand-Delille o dă pentru splenopneumonie — „desvoltarea într'un teritoriu anterior sănătos în aparenţă, a unei infiltraţii difuze şi întinse care de obiceiu regresează. Din punct de vedere anatomic este o reacţie congestivă intensă, oedematoasă sau celulară a parenchimului pulmonar..." — nu e perfect aplicabilă şi infiltratului loefflerian? şi cazul nostru nu concretizează tocmai această suprapunere şi din punct de vedere clinic?

Deci pentru noi întrebuinţarea termenului de infiltrat tip Loeffler tuberculos, ori splenopneumonie tip Grancher, ori epituberculoză tip Eliasberg şi Neuland este la fel de justificată.

Ţinem să accentuăm că această corespondenţă nu este valabilă decât pentru sindromul Loeffler tuberculos şi să nu se înţeleagă greşit că toate sindroamele Loeffler sunt sinonime cu epituberculozele. Socotim că nu e de prisos a repeta că pe lângă etiologia tuberculoasă, sindromul amintit mai poate avea şi alte etiologii, fiind totdeauna traducerea unei hipersensibilizări a terenului, aşa cum spre pildă este astmul expresia unei hipersensibilizări a terenului faţă de alergeni, astmul, cu care — după cum am amintit deja — infiltratul loefflerian are multe apropieri, dintre care eosinofilia nu poate fi socotită ca cea mai întâmplătoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Despre aceste două „alergoze" Bezançon şi colaboratori scriau: „Şi de fapt, toate varietăţile de şoc coloidoclazic local sau general pot provoca tot atât de bine un acces de astm ca şi simptomatologia loeffleriană. N'a fost semnalată în epidemii primăvăratece sau estivale, sub influenţa polenelor mărgăritărelului sau a troënelor, „complicând o maladie serică; asociată la un oedem Quincke, în raport cu o ascaridioză sau chiar cu o distomatoză hepatică?"

In cazul nostru, am exclus posibilitatea etiologiei pneumococice sau streptococice, care ar putea fi susţinută pe baza pleureziei purulente din antecedente, căci infiltratele loefflerene cu această etiologie au următoarele caractere diferenţiale: de obiceiu lipseşte eosinofilia sau e foarte puţin accentuată, devierea spre stânga a formulei leucocitare e mai accentuată decât în tuberculoză; viteza de sedimentare e mai accelerată (Leitner).

Deci pentru noi aceste infiltrate fugace, survenind în cursul evoluţiei tuberculozei, sunt momente reacţionale pe un teren alergizat, adică pe un teren într'o stare de mare labilitate neuro-vegetativă, labilitate care se traduce în special printr'o modificare a permeabilităţii capilare, dar care coafectează tot ansamblul endocrino-vegetativ, aşa cum o dovedesc însăşi eosinofilia şi probe de laborator cum e cea deja pomenită a hiperglicemiei provocate. Fiind o modificare de teren, care deci interesează tot organismul, ea nu se limitează numai la ţesutul pulmonar.

Meyenburg a putut să pună în evidenţă, în acelaşi timp cu un infiltrat pulmonar, şi infiltrate cu eosinofile în ficat şi epididim.

Suntem de părere că trebue lărgită concepţia de reacţiuni pe teren alergic şi nu trebue limitată la ţesutul pulmonar. In această concepţie se încadrează noţiunea deja amintită de „epituberculoza ganglionilor bronchici" aşa cum a admis-o Kleinschmidt, şi probabil unele reacţiuni pleurale ce prezintă acelaşi caracter fugace, fluxionar, de benignitate, propriu infiltratului Loeffler, şi care se însoţesc de eosinofilie, reacţiuni pleurale ce nu par a fi datorite unei tuberculizări a pleurei, ci mai de grabă unei reacţii perifocale a acestui organ. Poate că nu e de loc paradoxal de a vorbi de un sindrom Loeffler pleural. De altfel, coparticiparea pleurală este admisă de toţi autorii care s'au ocupat de infiltratele fugace hiperergice. Armand-Delille scrie că după splenopneumonii rămâne adesea o „scizurită" capabilă să persiste mai mulţi ani. Hübschmann scrie de asemenea că inflamaţia colaterală (perifocală) se poate întinde până la pleură. In ceea ce priveşte sindromul lui Loeffler, Loeffler însuşi a atras atenţia asupra cointeresării pleurei. In cazul publicat de Frey, care este, credem, cazul cu cea mai mare eosinofilie publicat până acum, coafectarea pleurei s'a manifestat prin frecături pleurale şi un exsudat sinusal ce a putut fi evidenţiat începând din a 9-a zi de boală, ca şi precedarea lui de către un exsudat filiform interlobar.

In rezumat, infiltratele pulmonare fugace tuberculoase nu sunt altceva decât reacţiile unui organism sensibilizat alergic faţă de toxinele bacilului Koch şi care, în cazul infiltratului Loeffler, probabil că este şi constituţional predispus la asemenea reacţii fluxionare. Această sensibilizare interesând întreg organismul, nici manifestările nu pot fi strict limitate la parenchimul pulmonar.

Studiul acestor forme de manifestare alergică ale tuberculozei, arată odată mai mult cât de mare poate fi polimorfismul acestei boli şi atrage atenţia asupra importanţei uneori covârşitoare a terenului în determinismul lor.

Digitized by / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE:

Ameuille P., Marmier R.: Foyers multinodulaires labiles des poumons avec éosinophiilie sangvine. Comunic. la Soc. méd. des Hôp. la 22/I 1943.— **Armand-Dolille, Lestocquoy C., Huguenin R.:** La tuberculose pulm. et les maladies de l'ap. resp. de l'enfant et de l'adolescent. Edit. Legran. — **Benda R., Mollard H.:** L'épituberculose et ses manifestations chez l'adulte Presse méd. nr. 1, 1936, pag. 6. — **Benda R., Weinberg L.:** Deux cas de syndrome de Loeffler (dont l'un bilatéral) avec état subfebril persistant depuis plus de six semaines Comunic. Soc. Méd. des Hôp., 22/I, 1943. — **Bezançon F., Jacquelin. A, Joly Fr., Moncharmont J.:** Asthme et syndrome de Leoffler. Presse méd., nr. 54, 1939. **Bieling Richard:** Experimentelle Untersuchungen über Imunität bei Tbk. Ergebnisse d. gesamt. Tbk-vorsch., B. X, pg. 237. Edit. G. Thieme. — **Breton A., Foutan M.:** Image radiologique pulmonaire fugace au cours de l'épilepsie. Comunic. la Soc. Méd. du Nord; 1943. — **Brulé M., Gilbrin E., Vignie R.:** Pneumopathie récidivante coïncidant avec une éosinophilie sanguine prolongée. Soc. méd. des Hôp., 22/I, 1943. — **Cipău T., Ionescu C.:** Rom. med. nr. 17, 1939, pg. 137. — **Cohen R.:** Le syndrome de Loeffler. Infiltration pulmonaire fugaces avec éosinophilie. Presse méd. 1938, nr. 40, pg. 797. — **Delbecq:** Syndrome de Loeffler (ombres radiologiques fugaces avec éosinophilie) chez un tuberculeux — **Diehl Karl:** Das Erbe als Formgestalter der Tbk. Edit: Joh. Ambrosius Barth 1941. — **Frey H.:** Beitrag zur Kasuistik der flüchtigen, eosinoph. Lungeninfiltr. Schwiz.

med. Wscht., nr. 43, 1939, pg. 1032. — **Fabiani G., F. Charles:** Syndrome Loeffler, accident de la vaccination antityphoïdique. Soc. Path. éxotique, 11 Nov. 1942 — **Fabiani G., Charles F.:** Le diagn. entre syndr. Loeffler et kyste hydatique pulmonaire. Soc. Path. exotique, 11 Nov. 1942. — **Gramazio Vincenzo:** Contributto allo studio dei cosidetti „infiltrati pulmonari fugaci". Annali dell'Instituto Forlanini anno VI — **Henke F., Lubarsch O.:** Die flüchtigen Infiltrierungen. In Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie u. Histologie — **Klare K.:** Konstitution und Tuberkulose im Kindesalter. Edit. G. Thieme, Leipzig — **Leitner J. St.:** Klinik und Pathogenese d. flüchtigen, hyperergischen (eosinophilen) Lungeninfiltrate. In Ergebnisse d. gesamt. Tbk-forsch. Bd. X, pg. 278. Edit. G. Thieme, Leipzig, 1941. — **Léon-Kindberg M., Adida P., Rosenthal L.:** Pneumopathie a éosinophiles. Presse méd. 1940. pg. 227, nr, 24. — **Löffler W.:** Uber flüchtige Succedaninfiltrate (mit Eosinophilie). Beitr. Klinik Tbk. 79 (1932), pg. 368. — Die flüchtigen Lungeninfiltrat mit Eosinophilie. Schweiz. med. Wschr. 1936, pg. 1069. — **v. Meyenburg:** Die pathologische Anatomie des flüchtigen Lungeninfiltr. mit Bluteosinophilie. Virchow's Archiv Bd. 309. 1942, pg. 258. — **Micheli Ferdinand:** Tuberculosi pulmonare. In Medicina Intrena (A. Ceconi, F. Micheli). Edizioni Minerva Medica, Torino. 1943. — **Nasta Marius:** Formele clinice ale tuberculozei în legătură cu imunitatea. Studiu experimental. Memoriu de Docență. — **Rieux Gerney:** Images radiologiques d'infiltration pulm. labiles au cours d'un asthme infantil. Comunic. Soc. d'Etudes scientifiques sur la Tub., 12 Nov. 1938. — **Sommer E.:** Beitrag zur Atiologie und Diag. des „flüchtigen, eosinoph. Lungeninfiltrats". Beitr. Klin. d. Tbk., v. 99, pg. 78, an. 1943. — **Troisier J., Mellotier L. J.:** Splénopneumonies. Tuberculoses curables et épitu-tuberuculoses. Presse méd. 1941, pg. 41, nr. 5-6. — **Zamfir D., Alexiu G.:** Sindromul lui Löffler. Spitalul Dec. 1942, pg. 408.

Infiltrations fugaces hypérergiques tuberculeuses.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Très souvent la tuberculose, greffée sur un terrain allergisé et constitutinellement prédisposé, prend une forme explosive, aigüe mais bénigne.

Ces manifestations ont reçu, au cours du temps et d'après les auteurs, des nominations différentes: splénopneumonie, épituberculose et, récemment, syndrome de Löffler, qui peut avoir, entre autre étiologies, aussi celle tuberculeuse.

Les auteurs publient l'observation d'un cas au quel n'importe lequel de ces diagnostics convient tout aussi bien, ce qui prouve que très souvent les faits se chargent de démontrer l'identité de ces diagnostics. Ces notions correspondent en effet à une modalité réactionelle d'un terrain particulier envers le virus tuberculeux, modalité qui se caractèrise par une èréaction fluxionnaire importante, brusque et reversible.

La modalité de réaction fluxionnaire est à elle seule à la base des infiltrats fugaces pulmonaires; par contre elle participe seulment comme un facteur component très important dans certaines formes de tuberculose, qui par ce fait même ont un prognostic relativement bénin en comparaison avec l'extension de la lésion (p. éx. les lobites) et qui représentent un groupe de transition entre la catégorie des réactions purement fluxionnaires et celles purement caséeuses.

Flüchtige, hyperergische, tuberculöse Infiltrate.

Oft nimmt die Tuberkulose, wenn sie an einem hyperallergischen und konstitutionnel prädisponierten Organismus haftet, eine akute, explosive und extensive, jedoch nicht bösartige Entwicklung.

Derartige Erscheinungen haben im Laufe der Zeit und jenach der verschieden Forscher, die mannigfaltigsten Bennungen erhalten: Splenopneumonie, Epituberkulose, zircumfokale Entzündung, Löfflersches Syndrom, dem unter anderen auch eine tuberkulöse Aetiologie zu Grunde liegen kann.

Die AA. bringen die Krankengeschichte eines Falles, dem alle vor-

hergenannten Namen zutreffen können, gerade um zu zeigen dass manchmal die Tatsachen selbst die Zusammengehörigkeit dieser verschiedenen Diagnosen beweisen. Diese Begriffe entsprechen tatsächlich der reaktionellen Modalität eines spezifisch umgestimmten Organnismus dem Tuberkulose Virus gegenüber, die sich durch eine mehr oder minder grosse, plötzliche und reversible Entzündung ausdrückt.

Im Falle der flüchtigen Lungeninfiltrate ist die fluxionelle Reaktion ausschliesslich im Spiele, dagegen nimmt nur als ein mehr oder minder wichtigen Komponent an einigen Formen der Tuberkulose teil, welche gerade dadurch, trotz der manchmal erstaunlichen Ausdehnung der Prozesse, eine verhältnismässig güstige Prognose gestatten (so z. B. die Lobitiden) Lobites der französischen Autoren, und die eine Transitionsgruppe zwischen der Kategorie der rein fluxionellen Reaktionen und der rein exsudativ-verkäsenden Reaktionen bilden.

Infiltrati fugaci, hyperergici, tubercolari.

Spesso, quando la tubercolosi si manifesta su terreno allergizato e predisposto per la sau costituzione stessa, prende una forma esplosiva, acuta, ma benigna.

Simili manifestazioni hanno ricevuto durante gli anni e secondo l'indagatore denominazioni varie: splenopneumonia, epitubercolosi, e, più recentamente, syndromo Löffler, che, accanto ad altre etilogie, puo avere anche quella tubercolosa.

Gli AA. publicano l'osservazione di un caso in conformità con qualsiasi di queste diagnosi, giusto per mostrare che qualchevolta i fatti s'incaricano di provare l'identità di queste diagnosi. Queste nozioni corrispondono in realtà a una modalità reazionale di un terreno sensibilisato rispetto al virus tubercoloso, molalità che si caratterizza per una reazione grande, brusca, riversibile.

La modalità di reazione flussionare é incontrata sola nelle infiltrazioni fugaci pulmonari; essa partecipa come un componente molto importante in certe forme di tubercolosi, le quali giusto per questo fatto hanno una prognosi relativamente benigna in confronto con l'estensione iniziale delle lezioni (es. le lobite), e le quali rappresentano un gruppo di passaggio fra la categoria delle reazioni puramente flussionarie e di quelle esudativo-caseose.

Digitized by Harvard University, Library

HIPOCHOLIN

Clorhidrat de Acetylcholin 5-10-20%

Fiole a 1,1 cc.

— Afecţiuni vasculare;

— Turburările funcţionale sau organice care urmează turburărilor circulatorie sau desechilibrului vegetativ;

— Migrenele oftalmice, glaucoame, tromboza arterei centrale a retinei;

— Atonia gastrică, atonia veziculei biliare, atonia intestinală;

— Vertige labirintice, vâjâeturi, rinite atrofice, ozena;

— Atrofii musculare prin procese articulare sau imobilizări prelungite;

— Turburările post puncţionale, cefalee, rachialgii; etc.

0,10 - 0,20 ctgr. zilnic în injecţii intramusculare

LABORATORUL CRINOTERAPIC

Reprezentanţa Generală:

UZINELE SANITARE PAULESCU - GEROTA - ŞUMULEANU

Bucureşti — Calea Griviţei, 67 — Telefon 4.98.08

ACȚIUNEA PARADOXALĂ A ADRENALINEI IN MALADIA SERICĂ

de

D-na D-r N. VORNICESCU-SCHIOPU

Adrenalina și derivatele sale sub diferite forme, au în clinică o utilizare destul de întinsă. Utilizarea ei este bazată pe proprietățile fiziologice și farmaco-dinamice bine cunoscute. Acțiunea sa salutară este în special observată în stările hipotensive din maladiile infecto-contagioase, anafilactice, în crizele nitritoide și toate stările cu vasodilatație periferică și stările hipotensive.

Dacă în majoritatea stărilor de mai sus, adrenalina are un efect bun incontestabil, prin acțiunea ei vaso-constrictivă și hipertensivă, s'a observat adesea de către practicieni de vază, că adrenalina nu are efectul așteptat. Aceasta a făcut pe unii din ei să restrângă utilizarea adrenalinei, iar pe alții să o administreze cu foarte multă prudență, tatonându-se doza.

Copyright "Carol I" Central University Library Cluj

Noi am observat în câteva cazuri de maladii contagioase sau serice, că administrarea adrenalinei nu producea efectul scontat. Ne-am dat seamă de aceasta mai bine, atunci când singură am fost victima unei atare stări și cu care ocazie am verificat până la evidență efectul nociv al adrenalinei administrate. Urmează auto-observația de mai jos pe care o redau [1]).

D-na N. V. de profesie medic, 32 ani, bănuindu-se o afecțiune septică, mi se administrează în ziua de 1 Aprilie 1941, la domiciliu, o cantitate de 100 cm.^{3} ser antistreptococic, subcutan în regiunea abdominală, urmată de maladie serică foarte gravă.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale: Căsătorită cu 2 copii. In copilărie turburări gastro-intestinale, rugeolă, scarlatină, parotidita epidemică, difterie, gripă, malarie, tifos-exantematic. Difteria am avut-o la vârsta de 12 ani, fiind elevă într'un internat. Am fost izolată la spital și tratată cu ser antidifteric. N'am făcut maladie serică, dar și doza serului a fost prea mică mărginindu-se la câteva fiole.

La vârsta de 28 ani, în urma unei nașteri, de asemeni mi s'a administrat ser antistreptococic în cantitate de 100 cm.^{3}, urmată de maladie serică, apărută în a 7-a zi după administrarea serului, cu temperatură 39^0 care a cedat în câteva zile, având o evoluție mai ușoară de cât obișnuită.

---

1) Cu această ocazie aduc viile mele mulțumiri D-lor: D-r M. Cânciulescu și E. Butescu cari cu multă bunăvoință m'au îngrijit în timpul boalei mele.

Evoluţia Boalei. — La data inoculării serului (1 Aprilie 1941) având o febră care apăruse cu o seară înainte cu T. 37², iar la data menţionată având T. 39⁰, bănuindu-se o stare septică, mi s'a administrat 100 cm.³ ser antistreptococic, urmată de căderea febrei.

Starea generală relativ bună, tegumentele palide, ţesutul celular subcutant redus. La 6 ore după administrarea serului, apare o erupţie intensă, urticariană, pe tot corpul, cu prurit intens, starea generală uşor alterată, fiind însoţită de T. 39⁰.

2 Aprilie 1941. — Erupţie serică mai puţin intensă, febră 37³ şi starea generală ameliorată. Această ameliorare a durat până în ziua de 4 Aprilie.

4 Aprilie 1941. — A patra zi de maladie serică, m'am deşteptat dimineaţa cu cefalee foarte intensă, T. 38⁰ şi hipertrofie ganglionară generalizată. In special ganglionii cervicali erau de mărimea unui ou de porumbel, duri şi foarte dureroşi. Concomitent a apărut în regiunea frontală un mic nodul de mărimea unui milimetru, care a fost extirpat la un an după aceia, fiindcă era în continuă creştere. La biopsia făcută s'a constatat un fibro-angiom. Boala a evoluat agravându-se până la data de 7 Aprilie, Am luat per os câte 1 gram de chinină sulfurică pe zi dela această dată până la 7 Aprilie inclusiv.

7 Aprilie 1941. — Starea generală gravă. Splina creşte brusc devenind de Gr. II, uşor dureroasă, netedă, de duritate medie, febră 40⁰ ficatul mult mărit, trecând cu 4 laturi de deget sub rebordul costal drept, pe linia mamelonară, foarte dureros, în special în punctul cistic. Ganglionii se menţin hipertrofiaţi, hiperestezie generală, greaţă, vărsături, scaune diareice verzui. Ochii congestionaţi şi cianoza buzelor.

Starea generală se traducea prin astenie foarte pronunţată, neputând executa nici cele mai mici mişcări. Vocea nazonantă, abia şoptită. Toţi muşchii îi simţeam înlemniţi, perzându-şi elasticitatea obişnuită, fiind în acelaş timp şi foarte dureroşi. Trismus şi reluarea cefei. Reflecsele rotuliene exagerate. Dispnee de efort.

Se face o injecţie de 1 mgr., de adrenalină subcutan, urmată la aproximativ 10—15 minute de stare de rău foarte accentuată, anxietate şi senzaţie de moarte iminentă, apoi un acces puternic de dispnee inspiratorie cu polipnee. In timpul accesului de dispnee am luat instinctiv poziţia de cel mai complect repaus, fiind întinsă orizontal pe pat, fără pernă şi plapomă, evitând orice atingere. Este curios că în timpul accesului de dispnee n'aveam senzaţie de sufocare, părea a fi o dispnee de origină centrală, având impresia că va trece, numai să fiu lăsată în pace. Acest tablou era foarte impresionat, dispneea fiind sgomotoasă şi făcând impresia de horcăitul agonicilor. Această stare a durat aproximativ 15 minute. Noaptea de 7—8 Aprilie a fost punctul culminant al boalei. Stări sincopale, insomnie. Exagerarea foarte pronunţată a simţului olfactiv, care în stare normală, era mult scăzut, din cauza corizei cronice de care suferem. Simţul olfactiv era aşa de exagerat încât recunoşteam orice persoană care se apropia numai după miros. Fiecare persoană, având un miros net specific, cu totul deosebit de al celorlalţi. Această exagerare a mirosului s'a menţinut 4—5 zile.

8 Aprilie 1941. — Dimineaţa starea generală menţinându-se gravă se face o injecţie de ephedrină subcutan, urmată de aceiaşi stare ca şi în ziua precedentă după injecţia de adrenalină exceptând dispneia. Către ora 12 uşoară ameliorare, febra se menţinea tot la 40⁰. Redoarea cefei mai puţin intensă, greaţa, vărsăturile şi scaunele diareice dispărute ca şi crizele sincopale.

Tensiunea arterială Mx. = 10; Mn = 5.

Formula leococitară = limfocitoză.

In urină uşor nor de albumină.

Până în ziua de 12 Aprilie, încă 4 zile febra s'a menţinut în jurul T. 40⁰. Astenie, dispnee de efort, dureri vii la mişcarea globilor oculari şi artralgii. Incepând din ziua de 12 Aprilie 1941, febra scade

BCU Cluj / Central University Library Cluj

în lizis, ajungând la normal în 5 zile. Starea generală ca şi celelalte simptome s'au ameliorat foarte repede.

Convalescenţa a fost lungă, (1 lună de zile) caracterizează prin astenie şi dispnee de efort.

Administrarea adrenalinei subcutan de 1 mgr. a produs la aproximativ 15 minute o stare de lipotimie, cu senzaţie de moarte iminentă urmată de acces de dispnee inspiratorie cu polipnie foarte puternică. Renunţându-se la adrenalină, s'a administrat ephedrina subcutan, urmată la acelaşi interval de timp, de acelaşi efect, exceptând dispneea.

Faţă de efectul nociv al adrenalinei şi al ephedrinei, s'a renunţat complect la acest tratament, utilizând numai calciu per os (fără niciun efect), ape alcaline, dietă şi bandaj uscat al corpului întreg, inclusiv capul, cu cele mai bune efecte.

După cum vedem din observaţia de mai sus, maladia serică este de a treia inoculare, — şi se prezintă destul de gravă. Gravitatea maladiei serice nu se poate atribui felului serului, căci serul a fost vechiu cu eficacitate trecută şi se ştie că toxicitatea serului descreşte cu timpul. Intensitatea maladiei serice, se poate atribui numai inoculărilor repetate la intervale de ani şi se poate că şi stărei speciale a macroorganismului.

Simptom predominant a fost astenia şi dispneea de efort cu polipnee, care este obişnuit în stările anafilactice la toate animalele exceptând câinele şi se explică prin emfizem acut pulmonar şi contractura bronşiolelor. Deosebirile în tabloul clinic a maladiei serice variază, după animal sau individ în raport cu desvoltarea muşculaturei netede. S'a remarcat de mulţi autori că tocmai persoanele care sunt predispuse pentru astm, suferă în special de anafilaxie. Referindu-ne la cazul de faţă, se poate remarca că în mod normal, aveam o oarecare predispoziţie pentru dispnee.

Hipertrofia hepatică aşa de manifestă în cazul de faţă, deşi aproape necunoscută în maladia serică obişnuită, se explică prin gravitatea maladiei serice cu căderea pronunţată a presiunei sanguine. In antecedente personale cât şi ereditare, nu se poate incrimina nicio suferinţă hepatică. Mulţi autori, între care şi Rosenberg, explică căderea presiunei sanguine, care este comună omului şi animalului în şocul anafilactic, prin dilatarea vaselor abdominale, heperemiei hepatice şi slăbirea forţei cardiace. Această ipoteză, pare a fi adevărată fiindcă hipertrofia hepatică, predomina în apogeul boalei, când probabil şi presiunea sanguină era mult mai mică decât cea menţionată, având în vedere gravitatea stării generale. De obiceiu, se observă că presiunea sanguină revine la normal după câteva ceasuri, cel puţin după 24 ore, făcând oscilaţii destul de pronunţate timp de câteva zile. Hipertrofia hepatică şi splenică, fiind explicate prin vasodilataţia organelor abdominale, rămâne să încercăm explicarea celorlalte două manifestări:

fibro-angiomul frunţii şi exagerarea simţului olfactiv.

Apariţia fibro-angiomului putea fi favorizată prin vaso-dilataţia caracteristică maladiei serice şi leziunilor mai profunde a ţesuturilor, atât prin turburarea metabolismului apei, cât şi stărei coloidale a albuminelor. Este revelator faptul că la autopsiile făcute celor morţi prin şoc anafi-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

lactic, s'au găsit albuminele ţesutului pulmonar cuagulate, iar mulţi autori au constatat leziuni mari a endotelului vascular.

In ceea ce priveşte exagerarea simţului olfactiv facem o simplă presupunere. După cum alergenele, în special cele albuminoase, pot produce sensibilizarea mucoaselor bronşice, producând astmul bronşic, tot aşa se poate presupune că maladia serică, care este o manifestare anafilactică, ar putea sensibiliza mucoasa aparatului respirator superior cu terminaţiile nervului olfactiv. Această ipoteză este valabilă, indiferent dacă acele alergene pătrund în organism pe calea aerului sau pe altă cale şi oricare ar fi mecanismul sensibilizării.

Să revenim asupra efectului nociv a adrenalinei în maladia serică de care am vorbit. Maladia serică a provocat dezechilibrul vago-simpatic, dând fenomenele alarmante menţionate în observaţie. Motivaţi de această stare, am utilizat adrenalina în cantitate de 1 mg. pe zi în soluţie obişnuită de 1 $^0/_{00}$ subcutan. Efectul ei terapeutic n'a fost cel cunoscut şi aşteptat, din contră, s'a accentuat starea de rău aproape imediat după injecţie, urmată de un acces puternic de dispnee.

Ephedrina a avut acelaşi efect, administrată pe aceeaşi cale, ceea ce ne-a făcut să renunţăm la acest tratament foarte curent în asemenea cazuri.

In mod obişnuit şi normal, acţiunea adrenalinei este vasoconstrictivă şi hipertensivă. Produce contracţiunea organelor ca: uter, vezică, splină, muşchii erectili a părului. Instilată pe globul ocular, ea dilată pupila prin excitaţia simpaticului. După Meyer şi Gottlieb coronarele sunt dilatate prin adrenalină aproape la toate animalele de laborator. Acţiunea vasodilatatorie a adrenalinei se explică prin faptul că nervii dilatatori a coronarelor trec prin simpatic, iar vasoconstrictorii prin vag. Dozele foarte mici de adrenalină au acţiune vasoconstrictivă a coronarelor, această doză foarte mică, totuşi stimulează muşchiul cardiac, crescând nevoia cordului pentru oxigen, iar insuficienţa irigaţiei muşchiului cardiac şi numai aceasta poate să producă oprirea inimii. Adrenalina excită simpaticul, antagonist al parasimpaticului, făcând-o prin aceasta un antiastmatic aproape specific. Produce hiperleucocitoză neutrofilică, creşterea glicemiei, căderea fenomenului oculo-cardiac.

Dozele toxice ale adrenalinei variază după felul animalului, iar la om după particularităţile individuale. Omul în genere este mult mai sensibil faţă de adrenalină decât majoritatea animalelor de laborator. Fenomene foarte grave s'au observat, după o injecţie intra-venoasă de 0,5 mg. de adrenalină. S'au citat cazuri când numai 0,2 mg. de adrenalină intravenoasă au produs moartea. Adrenalină administrată subcutanat se rezoarbe încet, iar creşterea presiunei sanguine este mai mică, însă durează mult timp, în afară de asta produce tachicardie timp de câteva ceasuri. De aceea trebue să fim foarte prudenţi când administrăm adrenalina în cazurile de slăbirea miocardului, emfizem pulmonar sau în cazuri de arterioscleroză. **S'au citat cazuri când o injecţie subcutanată de 0,5 mg. de adrenalină a avut o acţiune foarte toxică.**

După unii autori acţiunea sa hipertensivă, este datorită în mare parte acţiunei directe asupra vaselor. Hartmann şi Freser în 1918, au

obţinut experimental vasodilataţie, întrebuinţând adrenalina în doză mai mică de 0 gr. 000,001 la câine.

Danielopol experimentând adrenalina la om, a găsit că o doză foarte mică de adrenalină, produce chiar la omul normal, vasodilataţie şi hipotensiune, invers decât cu doza terapeutică. Tot el remarcă că acţiunea adrenalinei este amphotropă, de altfel ca şi a altor substanţe cu predominanţa acţiunei asupra unui sistem nervos vegetativ.

Experimental s'a văzut că dozele foarte diluate de adrenalină, introduse îndelung la animalele carnivore, produc hipotensiune în special când tonusul vascular este suficient.

Acţiunea hipotensivă a dozelor foarte mici de adrenalină la carnivore (la pisică 0,1 y. de adrenalină pe secundă) se bazează probabil pe dilatarea vaselor musculo-cutanate (arteriorilor şi capilarelor) în urma excitaţiei nervilor vasodilatatori simpatici periferici.

Vasodilatatorii simpatici (periferici) reacţionează aşa de uşor faţă de unele substanţe, înrudite cu adrenalina, cum este dioxi-ephedrina, că acţiunea lor întrece pe acea a vasoconstrictorilor simpatici şi chiar în doze mijlocii pot provoca o hipotensiune marcată.

După Mayer şi Gotlieb, la om adrenalina poate provoca căderea presiunei sanguine, numai atunci, când tonusul vasoconstrictorilor este eliminat prin: narcoză cu eter sau prin alte substanţe cum sunt: ergotoxină, ergotamină, iochimbină, hidrastinină, chinină, atropină, sau lipsa calciului (intoxicaţii cu oxalaţi).

Substanţele citate mai sus au proprietatea tipică de a inversa acţiunea adrenalinei asupra presiunei sanguine. Aceste substanţe ca şi cafeina paralizează nervii simpatici constrictori. In afară de asta şi reacţia acidă crescută în sânge, are proprietatea de a slăbi acţiunea adrenalinei, sau a o inversa.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Interesant este faptul că albuminele serului sanguin, ca şi produsele de descompunere a albuminelor pot să întărească acţiunea hipertensivă a adrenalinei. Prin distrugerea plachetelor sanguine se formează vasoconstrictive („Die Spätgifte" a lui Freund).

De aceea este posibil ca existenţa în sânge a produselor organice albuminoase, în unele stări patologice, pot să declanşeze o acţiune foarte puternică a adrenalinei, care circulă în sânge în cantitate normală.

In ce priveşte acţiunea adrenalinei asupra respiraţiei ea este următoarea: perioadele de apnee sunt urmate de dispnee polipneică. Această proprietate poate fi folosită în scop terapeutic şi este datorită excitaţiei directe a centrului respirator.

De asemeni respiraţia agonică poate fi datorită creşterei adrenalinei în sânge, fiindcă în perioada precedentă asficsică, suprarenalele secretă mai multă adrenalină în urma excitaţiei centrelor cerebro-spinali.

Mai mulţi autori ca Bleacher, Rozemberg, Leand şi Uspensky, au observat o lipsă totală de acţiune, sau o acţiune paradoxală [1]) a

1) O injecţie subcutanată de 0,5—1 cm³ din sol. 1⁰/₀₀ de adrenalină, la un copil normal, dă o ridicare a presiunei sanguine, mărirea frecvenţei pulsului, căderea fenomenului Aschner, glicemie şi o mare hiperleucocitoză neutrofilnică. Efectul paradoxal se traduce prin căderea presiunei sanguine, căderea leucocitozei şi scăderea neutrofiliei.

adrenalinei în cazuri foarte grave de insuficiență acută cardiacă în diferite maladii contagioase ca: scarlatina, difteria, tifos exantematic, etc..

Koltâpin, studiind mai amănunțit acțiunea adrenalinei în bolile infecțioase la copii, controlând permanent presiunea sanguină, formulă leococitară, starea pulsului, starea funcțională a sistemului nervos vegetativ și dermografismul alb, s'a convins că în stările foarte grave, când apar simptome precoce a căderei tonusului simpatico-adrenalinic, injecțiile subcutanate de adrenalină dau o acțiune paradoxală. Acest efect paradoxal al adrenalinei, în cazurile foarte grave, Koltâpin îl explică prin schimbarea de a reacționa a celulelor sistemului simpatic, care sunt otrăvite prin toxine, leziunele toxice vasculare și tulburările în echilibrul electrolitic.

Din cele de mai sus vedem că adrenalina, poate avea acțiune vasodilatatorie și hipotensivă (paradoxală) când este întrebuințată în doze foarte mici și continue. In afară de aceasta am văzut că multe substanțe, între care și chinina, au proprietatea de a inversa acțiunea obișnuită a adrenalinei.

In stările patologice grave, acțiunea paradoxală a adrenalinei se explică prin schimbarea modului de a reacționa a celulelor sistemului simpatic, prin tulburarea echilibrului electrolitic, micșorarea ionilor de calciu, creșterea acidității sanguine și prin prezența în sânge a unor substanțe ca: ergotoxina, histamină, atropină, chinină etc..

Acțiunea toxică a adrenalinei, în unele stări patologice între care și starile anafilactice se poate explica, prin descompunerea albuminelor în special al plachetelor sanguine cari produc substanțe vasoconstrictive.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pierre Paul Levy, întrebuințând ephedrina per os, pentru a preveni maladia serică, a observat în două cazuri din 274, un efect nociv al ei, care s'a tradus prin jenă toracică și lipotemie, fără să găsească o explicație plauzibilă a acestui fenomen.

In maladia serică, metabolismul apei este mult tulburat, ceea ce ne arată edemele, creșterea greutății și creșterea foarte marcată a fenomenului lui Mc-Clure, Aldrich [1]), care denotă o hidrofilie foarte crescută a țesuturilor.

In cazul de față acțiunea nocivă a adrenalinei poate fi explicată printr'un complex de împrejurări.

Prima explicație. Fiind vorba de maladie serică în care hidrofilia țesuturilor este marcată, injecția de adrenalină făcută subcutan, e posibil că în circulație a trecut o doză foarte mică de adrenalină, provocând accentuarea vasodilatației (după teoria dozelor infinitismale care au proprietatea vasodilatatorie-hipotensivă).

A doua explicație ar fi următoarea: fiind vorba de maladie serică foarte gravă cu stări de colaps, slăbirea miocardului, emfizem acut pulmonar, dezechilibrul albuminelor, distrugerea trombocitelor (care este caracte-

1) Fenomenul lui Mc-Clure, Aldrich (Quaddelzait a autorilor germani) constă în următoarele: se injectează intradermic 0,2 cm³ ser fiziologic, formându-se o veziculă (Quaddel) de mărimea 3—5 mm. care la omul normal se rezoarbe în timp de 60 de minute. In caz de hidrofilie, crescută a țesuturilor, timpul de rezorbție a veziculei este mult scurtat, putând ajunge până la 5—8—10 minute.

ristică maladiei serice), aciditatea serului sanguin ar fi suficient pentru declanşarea stărei de liptotimie cu tulburări respiratorii în urma injecţiei de adrenalină.

A treia explicaţie ar fi: împrejurarea că luasem trei zile consecutive chinină, câte 1 gr. pe zi, inclusiv ziua în care mi s'a administrat adrenalină, sigur că în circulaţie se găsea suficientă cantitate de chinină pentru ca adrenalină injectată, să exagereze starea de hipatensiune existentă.

In concluzie, oricare ar fi interpretarea acestui fenomen, el trebue luat în consideraţie când administrăm adrenalina. Acest fapt este valabil şi când este vorba de maladie serică, în care caz, deşi toleranţa faţă de adrenalină, este mare chiar şi pentru doze superioare celor terapeutice, totuşi şi în aceste cazuri putem avea grave turburări provocate de acţiune paradoxală a adrenalinei.

Pentru a preîntâmpina aceste fenomene paradoxale câte odată de o gravitate extremă. Koltâpin recomandă tatonarea dozei adrenalinice, începând cu 1—2 diviziuni dintr'un cm. soluţie de 1 $^0/_{00}$ de adrenalină, controlând cu atenţie efectele ei asupra bolnavului.

BIBLIOGRAFIE

G. Meyer şi R. Gottlieb: „Farmacologia experimentală ca bază a tratamentului medicamentos 1940. — Daniolopol: **„Noţiuni** elementare asupra sistemului nervos vegetativ". Revista Ştiinţelor Medicale No. 1 din 1924. — **Pierre Paul Levy:** „Preventien des accidents seriques par l'ingestien d'ephedrin". Prese Medicale 1933. — **Bergmann.** „Handbuch der Inneren Medizin 1936", — **A. Richaud:** „Precis de Therapeutique et de Pharmacologie" 1924. — **Mironescu M. Balş şi V. Lăzărescu:** „Hemocultura în clinică". Revista Ştiinţelor Medicale No. 7—8 din 1943. — **Kotâpin:** „Manual de boli infecţioase" 1933. — **O. Stallibrass:** „Alergie şi Anaphilaxie" 1936. — **Mironescu, Lăzărescu, Popescu:** Mişcarea Medicală Română 1943 No. 1—2. — **Rozenberg:** „Manual de boli infecţioase" 1938. — **A. Sturdza::** „Transfuziile cu plasmă şi ser sanguin. „Revista Stiinţelor Medicale No. 7—8/1943.

ENTERITE — ENTEROCOLITE — DIAREE — DISENTERIE — PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2-1 flacon de 2 ori pe zi, cu puţină 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 — AGITAŢIE — EMOTIVITATE — TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2-3 lingurile pe zi, în infuzie caldă de tei sau numai în apă.

ANEMII — DEBILITATE — CONVALESCENŢE — SURMENAJ — INAPETENŢĂ — LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2-3 lingurile sau linguri pe zi, după vârstă, înaintea meselor.

ARSURI — ERITEME — ECZEME — PRURIT — FISURI ANALE — HEMOROIZI

DERMOPHYL

pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

REUMATISM — ARTRITISM — OBEZITATE — GUTĂ — GRAVELA RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

granulat efervescent

3-4 lingurile pe zi, cu apă rece dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noua chimoterapie anti-infecţioasă polivalentă pe cale bucală

SULFAMIDOL

Comprimate de 0 gr. 25 de para-amidobenzolsulfamid

Gonococcie: blenoragia acută şi cronică Vulvo-vaginită gonococică. Complicaţiunile gonococice: salpingo-ovarită-anexită-metrită-pelviperitonită, etc...

Streptococcie-Stafilococcie-Colibaciloză

Pneumococcie - Meningococcie

Stări infecţioase criptogenetice

ADULŢI: 6-10 comprimate pe zi.

Reprezentanţă exclusivă: „SPEPHAR" laboratorul de produse farmaceutice Marcel Hott 2 bis, Str. Prof. Ion Bogdan-Bucureşti III. — Telefon 211-78

SULFAMIDOTERAPIA LA SUGARI

de

D-r ARMAND I. ZORAN **D-r LAZĂR MIRCEA**

D-r MAGDALENA ZORAN-TOADER

Medici secundari
Centrul de Ocrotire a Copiilor
şi
Spitalul de Medicină Infantilă
Timişoara

In această lucrare vom expune rezultatele obţinute la Centrul de Ocrotirea Copiilor din Timişoara, în ultimii 4 ani, în tratamentul diferitelor afecţiuni acute, cu Dagenan, Eubasinum, şi Eleudron.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Metodele întrebuinţate de diferiţi autori în tratamentul cu sulfamide la copii, sunt foarte variate. Ele se pot împărţi în trei categorii:

a) Prima categorie o constituie tratamentul cu doze moderate şi anume 0,10 gr. sulfamidă pe kgr. greutate pe zi. Este metoda cea mai inofensivă şi cea mai frecvent întrebuinţată.

b) A doua categorie o constitue tratamentul cu doze mai mari şi anume 0,20 gr. sulfamidă pe kgr. greutate pe zi. Această metodă a fost întrebuinţată mai ales de autori americani (**Jorgensen, Scott,** etc.).

c) A treia metodă este cea cu doze masive, 0,30 gr. sulfamidă pe kgr. greutate pe zi. **Plath, Friderichsen, Sobye, Siegel** şi alţii, au încercat să administreze această doză de 0,30 gr. sulfamidă într'o singură doză, o singură dată. Autorii susţin că au obţinut rezultate foarte bune, cu vindecări rapide. In serviciul nostru, **D-r Nemoianu** a administrat în meningitele meningococice, la copiii de a doua vârstă, zilnic 0,30 gr. sulfamidă, în doze fracţionate. Acest tratament a durat câteva zile şi a dat rezultate admirabile. Domnia-Sa crede însă, că tratamentul cu aceste doze musive, bine suportat de copiii mai mari, nu ar fi cu totul lipsit de accidente la sugari.

In ceea ce priveşte problema eficacităţii diferitelor sulfamide, unii autori sunt de părere că cele mai active ar fi sulfapiridinele (**Milian, Spolverini, Schiavini,** etc.).

Noi am întrebuinţat Dagenanul (sulfapiridină), Eubasinum (sulfapiridină) şi Eleudronul (sulfatiazol). Cele mai bune rezultate le-am obţinut cu Dagenanul (acţiune promptă şi puternică).

In privinţa toxicităţii, cel mai puţin toxic ni-s'a părut Eleudronul.

Vom expune mai jos un tablou rezumativ al cazurilor tratate:

DIAGNOSTICUL	Sub 1 an	Sub 2 ani	Total	Morţi sub 1 an	Morţi sub 2 ani	Total
Bronchopneumonie	49	13	62	7	—	7
Bronşită acută	33	7	40	—	—	—
Amigdalită folicul.	12	—	12	2	—	2
Enterită foliculară	7	3	10	—	—	—
Enterită foliculară cu toxicoză şi reacţie peritoneală.	2	—	2	1	—	1
Diaree acută parenterală.....	6	—	6	—	—	—
Peritonită pneumococică.....	1	—	1	—	—	—
Total . . .	110	23	133	10	—	10

In acest tablou am expus numai cazurile, pe cari noi le-am considerat grave şi unde o intervenţie cu sulfamide era absolut necesară, cu atât mai mult că în majoritatea cazurilor era vorba de copii distrofici, rachitici şi anemici.

Din cei 133 de copii, 110 au avut vârsta sub 1 an, iar ceilalţi 23 vârsta între 1—2 ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am tratat după cum se vede în tablou, 62 cazuri de bronchopneumonie. Dintre aceştia au murit 7, deci am avut o mortalitate de 11,2%. Luând în considerare că din cei 7 copii morţi, 4 au avut şi alte afecţiuni: diabet zaharat, rugeolă, atrofie, rămân numai 3 (5%) cari au decedat propriu-zis de bronchopneumonie.

Am obţinut frumoase rezultate prin tratamentul cu Dagenan, în bronchopneumoniile din rugeolă, complicaţie atât de temută la sugari.

Unii autori susţin că diareile acute paranterale din bronchopneumonie, constituie o contra-indicaţie la sulfamidoterapie, noi, în toate cazurile de diarei parenterale, am observat dimpotrivă o accelerare pronunţată a vindecării, după administrarea sulfamidelor.

In enterita foliculară am administrat sulfamidele numai în cazurile grave, febrile, cu starea generală alterată, cu numeroase scaune apoase sau sanghinolente. Dagenanul, în aceste cazuri, a avut o acţiune promptă: după 2—3 zile s'a produs o ameliorare netă a scaunelor, temperatura a scăzut la normal, iar după alte 2—3 zile am obţinut vindecarea. De altfel şi alţi autori (Gavrilă, etc.) au observat că sulfamidoterapia scurtează mult durata vindecării în disenterii şi enterocolitele disenteriforme.

Am tratat două cazuri de enterită foliculară cu toxicoză şi reacţiuni peritoneale. Pentru gravitatea lor excepţională, vom expune pe scurt aceste două cazuri:

Sugarul C. I. distrofic, în vârsta de 3 luni face o enterită foliculară, cu simptome de toxicoză gravă. Se institue un tratament igieno-dietetic, dezintoxicant şi cardiotonic şi se administrează Dagenan de 2 ori 1/2 tabletă pe zi. A doua zi apare o reacţie peritoneală intensă, cu semne de ileus paralitic. Tratamentul continuă; se fac repetate clisme evacuatoare pentru gaze. Simptomele peritoneale durează 2 zile, apoi dispar. După 4 zile toxicoza se vindecă, iar a 8-a zi scaunele devin normale. Tratamentul cu Dagenan mai continuă încă două zile, pentru a evita eventualele complicaţii sau recidive.

Sugarul al doilea L. S. distrofic, în vârstă de 4 săptămâni, face o enterită foliculară cu toxicoză gravă, însoţită de reacţiuni peritoneale. Se face tratamentul igieno-dietetic, desintoxicant şi cardiotonic adecvat şi se administrează Dagenan de 2 ori 1/4 tabletă pe zi. Cu tot tratamentul, starea generală se înrăutăţeşte şi a doua zi sugarul sucombă.

Vom insista mai pe larg asupra peritonitei pneumococice, ivită în cazul nostru, ca o complicaţie după o bronchopneumonie. Se ştie că peritonitele pneumococice la copii sunt cu atât mai grave, cu cât copilul este mai tânăr. La sugari sunt de o gravitate excepţională, mai ales că intervenţia chirurgicală este contraindicată la această vârstă.

Sugarul S. A., distrofic, în vârstă de 5 luni, face o bronchopneumonie însoţită de un sindrom toxi-infecţios cu diaree acută parenterală. Se institue un tratament igieno-dietetic, desintoxicant şi cardiotonic şi se administrează Dagenan de 3 ori $^1/_3$ tabletă la zi. După 2 zile febra se intensifică, abdomenul devine meteoristic, în profunzime se simte o împăstare difuză pe întreaga suprafaţă abdominală. Se pune diagnosticul de peritonită pneumococică. Tratamentul cu Dagenan continuă, se fac repetate clisme evacuatoare pentru gaze. După 2 zile simptomele peritoneale dispar, starea generală se ameliorează; după alte 3 zile bronchopneumonia se vindecă, scaunele devin normale. Tratamentul a durat în total 8 zile.

Cluj Central University Library Cluj

In cazurile studiate am observat, că sulfamidoterapia reduce mult durata tratamentului. Ameliorarea producându-se de obicei în ziua 2-a—3-a, iar vindecarea a 4—5-a zi. Cazurile grave au durat cel mult 8 zile.

Mortalitatea în afecţiunile amintite, a scăzut mult faţă de mortalitatea în cazurile tratate fără sulfamide.

Am întrebuinţat sulfamidele şi în cazurile disperate, unde nicio altă intervenţie nu mai era posibilă, astfel într'un caz de peritonită pneumococică, la un sugar de 5 luni, am obţinut într'o săptămână vindecarea.

Concluziuni:

Sulfamidele, în doze moderate, sunt foarte bine tolerate de sugari. In multe din afecţiunile acute ale căilor respiratorii şi digestive, sulfamidoterapia a dat rezultate foarte bune, scurtând durata boalei şi micşorând mortalitatea.

Diareile parenterale nu constituie o contraindicaţie la sulfamidoterapie.

In peritonita pneumococică la sugari, sulfamidoterapia dă uneori rezultate foarte bune.

BIBLIOGRAFIE

I. Găvrilă: Sulfapiridina în tratamentul disenteriei bacilare şi a colitelor disenteriforme. — **M. Jorgensen:** Le traitement de la pneumonie par la sulfapiridine Le Nourrisson 1940 Nr. 5—6. — **G. Millian:** Les sul-

Biblioteca Universitară Ferdinand I din Cluj ROMANIA

famides. Paris Médical 1940 Nr. 13. — **I. Siegel:** Zur Behandlung der Pneumonien der Kinderalters mit einer einzigen Dosis Sulfathiazol. Archiv für Kinder-heilkunde 1943 Band 128 Heft 1. — **I. P. Scott:** La Sulfapiridine dans le traitement de la pneumonie du nourrisson et de l'enfant. Le Nourrisson 1940 Nr. 5—6. — **M. Zagora, A. Papadopol:** Sulfamidoterapia în bronchopneumoniile infantile. România Medicală 1943 Nr. 12

La sulfamidothérapie chez les nourrissons. *D-r Armand Iuliu Zoran, D-r Lazăr Mircea, D-r Magdalena Zoran-Toader.*

Traitant par la sulfapyridine et le sulfathiazol 133 nourrisons atteints de diverses affections aigues des voies respiratoires et digestives les auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes:

Les sulfamides en dose modérée sont très bien suportées par les nourrissons.

La sulfamidothérapie a donné de très bons resultats dans beaucoup d'infections aigues des voies respiratoires et digestives, rendant leur durée plus courte et diminuant la mortalité.

Se basant sur leurs propres observations, les auteurs affirment que contrairement à l'opinion de certains auteurs les diarhées secondaires à des affections non digestives, ne constituent pas une contraindication à la sulfamidothérapie.

Dans la péritonite pneumococique aigue des nourrissons on peut obtenir de beaux résultats par les sulfamides.

Sulfonamidbehandlung bei Saüglingen. *D-r Armand Iuliu Zoran, D-r Lazăr Mircea, D-r Magdalena Zoran-Toader.*

Wir haben 133 Säuglingen, die an verschiedenen akuten Erkrankungen der Luftwege und der Verdauungsorgane litten, mit Sulfapyridin und Sulfathiazol behandelt.

Die Sulfonamide wurden, in kleinen Dosen, von den Säuglingen sehr gut vertragen.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Die Sulfonamidbehandlung zeitigte sehr gute Ergebnisse in vielen akuten Erkrankungen der Atmungs-und Verdauungswege indem sie die Dauer der Krankheit verkürzte und die Sterblichkeit verminderte.

Bei dem Pneumokokken-peritonitis der Säuglinge, kann mann durch Sulfonamidbehandlung schöne Erfolge erzielen.

Die parenteralen Durchfälle bilden, nach unseren Beobachtungen, keine Gegenanzeige in Bezug auf die Sulfonamidbehandlung.

In insomnie, Nervozitate, Nevralgii

CEREBROSAN

SIROP

Valeriană
Barbiturice
Analgezină
Calciumbromat

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 linguriţe
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare.

SIROCALCIN „SAPIC"

SIROCALCIN cu EFEDRINA

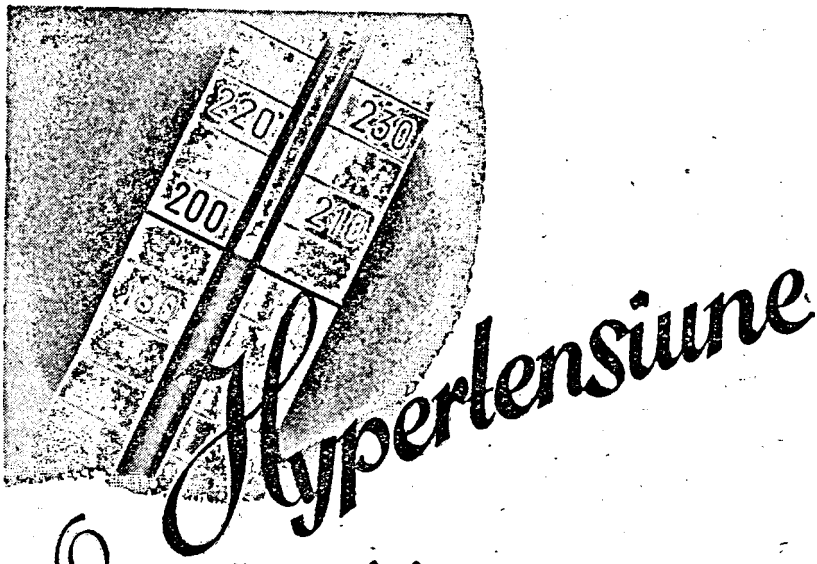
Sirop pe bază de: Sulfogaiacolat de Potasiu
Lactofosfat de Calciu

Expectorant
Desinfectant pulmonar
Reconstituant

Gust agreabil

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Dr. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice,
Bucureşti II, Bul. Bucureştii-Noi No. 90
Reg. Com. 812/933

BCU Cluj / Central University Library Cluj



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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DOMITAL

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

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

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

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

Spitalul de Stat din Oravița
Medic primar director: D-r I. Danicico

CONSIDERAȚII ASUPRA UNUI CAZ DE OSTEOMIELITĂ TRATAT PRIN REZECȚII SUBPERIOSTALE

de

D-r MARTIN COPĂCEANU și **D-r HARALAMBIE COLUMB.**
Medic primar chirurg Medic secundar

In ziua de 11 Februarie 1939, a fost internat în Spitalul de Stat din Oravița, bolnavul P. I. de 9 ani, fiu de agricultor.

Antecedente: bolnav de 10 zile, cu debut brusc, febril și frisoane cu dureri și tumefacție progresivă în regiunea articulației scapulo-humerale stângi.

In anamneza familiară și personală nimic deosebit de semnalat.

La examenul general, se constată un băiat de constituție debilă, palid, în stare septică, cu o febră de 39,8 și un puls de 120. Organele interne intacte. In urină urme de puroiu.

La examenul local aflăm în regiunea axilară pectorală și humero-scapulară o puternică tumefiere și înroșire a pielei, iar la palpare aproape peste tot fluctuență.

In fața acestui tablou tipic prin masivitatea lui punem diagnosticul de osteomielita scapulei cu artrită scapulo-humerală.

In aceiași zi procedăm la intervenție în anestezie generală cu evipan sodic, 6 cmc. (D-r Copăceanu și D-r Columb). Prin două largi incizii de-a-lungul marginei axilare a pectoralului și a omoplatului evacuăm o mare cantitate de puroiu. Examenul microscopic ne evidențiază prezența stafilococilor.

Prin explorarea digitală a omoplatului îl constatăm aproape complect denudat, în parte chiar în stare de necroză. Extragem întâi partea sevamoasă, în urmă constatând și colul denudat, îl îndepărtăm și pe acesta împreună cu suprafața articulară după desinserția cu foarfece a legăturilor sale tendinoase. Am drenat cu tuburi și meșe.

După operație, starea generală se ameliorează și temperatura scade, bolnavul fiind susținut pe lângă tratamentul local și cu prontosil.

In ziua de 13 Febr. prezintă o nouă ascensiune termică concomitent cu o tumefacție a genunchiului stâng.

Din lipsă de aparat radiologic nu am putut preciza întinderea leziunilor și ne mulțumim cu o artrotomie prin două incizii bipatelare și drenaj.

Procesul totuși progresează la 21 Febr. constatând o epifizioliză, resecăm metafize pe porțiunea ei denudată (10 cm.) și curetăm epifiza din considerente conservative.

La 22 Febr. bolnavul anemiat primește o transfuzie directă de 300 cm.

Starea generală se menţine mereu febrilă. La 14 Martie facem o nouă rezecţie superiostală a jumătăţii inferioare a femurului la un nivel ce-l bănuim intact. Fixăm piciorul într'o poziţie de extensie suspendată.

Se pansează la 2—3 zile, până la data de 29 Mai, când, bolnavul fiind în pericol, suntem nevoiţi a-i face amputarea la treimea superioară a femurului. Până la această dată temperatura s'a menţinut în limite subfebrile, în urmă febrile.

Examinarea bontului rezecat evidenţiază leziuni osteomielitice până la treimea superioară. Periostul în părţile rezecate anterior formase ţesut nou osos care a ajuns în contact intim cu epifiza distală sănătoasă. Extremitatea prezenta totuşi o scurtare de circa 4 cm., extensia nefiind destul de fixă.

După o nouă transfuzie de 250 gr. la 2 Iunie, bolnavul se ameliorează rapid, încât la 17 Iulie poate părăsi spitalul complect vindecat.

Omoplatul la această dată s'a putut palpa şi erau posibile mişcări active cu o excursie redusă.

La data de 15 Martie 1940, este rechemat la un control radiologic. Prin radiografiile comparative ale ambelor părţi se poate constata refacerea complectă a osului, chiar şi a suprafeţei articulare. Mişcările pasive şi active libere cu abducţie până la orizontală.

* * *

Se ştie că osteomielita este o boală a perioadei de creştere cu maximum de frecvenţă între 8—21 de ani. Agentul patogen este în genere stafilococul aureu, mai rar streptococul, etc. Boala predomină la băieţi în proporţie de 4 : 1. Localizarea de ordinar la oasele lungi, mai rară la oasele late.

Procesul de omoplat ocupă ultimul loc al tabelei: Din 126 cazuri ale clinicei chirurgicale din Cluj, abia 2 cazuri (Teşoiu). După literatura internaţională rezultă o frecvenţă de 2,19%.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Osteomielita scapulei (după Tixier şi Patel) se localizează de regulă pe spină, la nivelul masivului gleno-coracoidean. In astfel de cazuri este mai gravă decât în localizări pe aripă, deoarece invadează rapid articulaţia.

Supuraţia omoplatului din cauza formei plate a osului prezintă caracterul unei osteoperiostite acute. Prin decolarea priostului, osul înnoată formalmente în puroiu, toate legăturile musculare sunt distruse, iar colecţia umple toate spaţiile subscapulare axilare şi humerale.

Prognosticul din punct de vedere vital este grav, totuşi local leziunile se repară foarte bine, în special la tineri, atât în formă cât şi în funcţiune. După majoritatea autorilor focarele secundare sunt de regulă mai puţin grave decât cel primitiv.

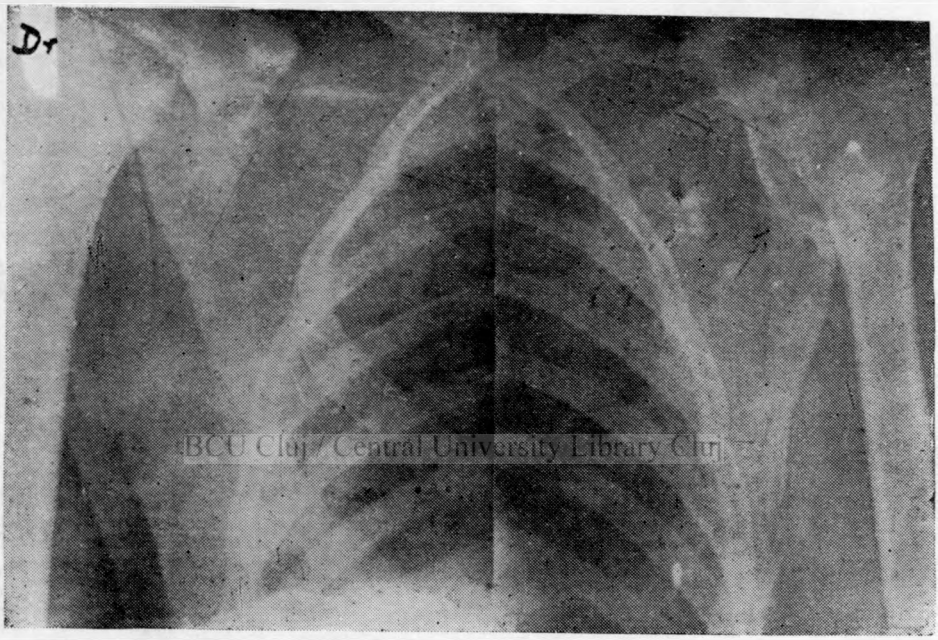
Menţionăm complicaţiile osteomielitei: Hidartroza congestivă de vecinătate; piartrita; caria şi necroza parţială ori totală a osului; decolarea epifizară; fracturi spontane; toxemia; piemia cu metastaze.

Tratamentul operativ, de elecţie în osteomielita omoplatului, este incizia largă şi extirparea părţilor denudate ori necrozate, până în sănătos. Uneori se impune excizia cuneiformă, alteori îndepărtarea întregului omoplat. In cazul O. M. regiunei articulare, Tixier, Patel şi Lecène impun drenajul articulaţiei şi rezecţia acestei părţi. Mulţi rezecă capul humeral.

Şi în cazul O. M. grave a oaselor lungi, atunci când osul este complect denudat, se impune rezecţia subperiostală totală a osului

ACTA MEDICA ROMANA
Nr. 3-4/1944

PLANŞĂ



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 1. — Rezultatul operaţiei după un an:
omoplatul de partea stângă refăcut de imaginea cu structură trabeculară mai puţin fină şi mai puţin regulată decât de partea sănătoasă.

CONSIDERAŢII ASUPRA UNUI CAZ DE OSTEOMIELITĂ
TRATAT PRIN REZECŢII SUBPERIOSTALE

de

D-r M COPĂCEANU şi D-r H. COLUMB

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de preferat faţă de metodele mai conservative. Amputaţia rămâne ultima resursă a chirurgiei. Nu mai insistăm asupra tratamentului general antiinfecţios şi adjuvant, îndeajuns de cunoscut.

* * *

Acest caz, care s'a rezolvat destul de fericit, a fost pentru noi plin de învăţăminte.

In primul rând el ne-a dovedit marea putinţă de regenerare a omoplatului chiar într'o extirpare totală, cu un rezultat funcţional foarte bun. De altfel în literatură au mai fost descrise regenerări perfecte după extirpări parţiale ori totale. Din această cauză considerăm în caz de artrită osteomielitică de origine scapulară ca preferabilă rezecţia părţii scapulare celei humerale.

Relativ la procesul membrului inferior, suntem nevoiţi a recunoaşte, că printr'o rezecţie mai puţin conservativă, am fi putut salva extremitatea, dacă cu ajutorul unui aparat radiologic am fi putut depista din timp întinderea leziunilor. In ciuda eşecului din acest caz, trebue să considerăm metoda rezecţiei ca indicată acolo unde constatăm o denudare complectă a osului, îndeosebi în cele cu necroză. Ne-a demonstrat acest lucru chiar pentru oasele lungi, o rezecţie totală de tibie, cu regenerare perfectă. (Cazul va fi tratat deosebit de unul din noi).

După rezecţii sebpriostale se impune asigurarea refacerei membrului la aceiaşi lungime ca partea sănătoasă. Acest lucru nu se poate realiza decât cu ajutorul unui aparat ghipsat. Metoda extensiei încercată de noi în cazul de mai sus, nu ne fereşte de scurtări importante şi nu asigură nici repauzul membrului.

Din lucrările lui **Leveuf, Sorrel** şi alţii, rezecţia realizată după indicaţii precise dă regenerările cele mai surprinzătoare cu efect rapid asupra stării locale şi generale, cu rezultatele definitive favorabile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LITERATURA

Forgue: Précis de Pathologie externe Tom. I, Paris 1935.
Obredanne et Mathieu: Traité de chirurgie orthopedique I/III 1937 Masson.
Tixier et Patel: Précis de pathologie chirurgicale VI/Cap. IV, 1937 Masson.
Teşoiu Marin: Monografia asupra osteomielitei, în manuscris.—Resecţia subperiostală şi tratamentul osteomielitei. Teză, Cluj, 1940.

Biblioteca Universitară Cluj / Biblioteca Centrală Universitară Cluj

LUPE BINOCULARE

Cu câmp vizual mare

dau imagini briliante și plastice. Chiar la lucrări îndelungate, ochii nu obosesc. Existența diferitelor stative speciale permite intrebuințarea universală a aparatului.

INFORMAȚIUNI ȘI CATALOAGE GRATUITE DELA

CARL ZEISS, JENA

sau dela reprezentanța generală pentru România, Societatea Anonimă de Agentură-Comision-Import fost OTTO & ALFRED HERZOG, București I, Bulevardul Carol I, 48

CARL ZEISS
JENA

Spitalul Casei Naționale a Asig. Sociale Brad

SARCINA ECTOPICĂ ABDOMINALĂ IN LEGĂTURĂ CU UN CAZ

de

D-r CORNEL IVAN
Medic primar

Sarcina ectopică abdominală se produce când ovulul fecundat, găsește ocazia de a se grefa pe o parte a peritoneului, unde se desvoltă liber. Fecundarea ovulului și în sarcina abdominală se produce în trompă, unde se desvoltă până la 6—8 săptămâni, când din motive necunoscute, ovulul se deplasează în cavitatea abdominală, păstrându-și de regulă pedicolul vascular.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este binecunoscut că sarcina extrauterină tubară nu depășește 3 luni, însă sunt și excepții, așa Hubner din clinica lui Seclerc, citează o ruptură în luna IV-a, iar Bochard și D. Emelin, un caz de ruptură în luna V-a. In sarcina ectopică abdominală, după cum a arătat Bumm, nu se produce o ruptură a trompei, ci ea cedează încet la presiunea ovulului, deslipirea lasă însă intactă regiunea unde e implantată placenta. Hemoragia, ce se produce cu ocazia acestei eșiri a ovulului din trompă, e minimă și nu produce simptome grave. Ovulul dimpreună cu învălișurile, ce au alunecat în cavitatea abdominală, își continuă desvoltarea. Placenta rămâne înserată în trompă, însă din cauza creșterii ulterioare, ea se întinde și se grefează și pe peritoneu și astfel în ultimele luni a graviditații o găsim sudată și pe seroasele vecine fie a ligamentelor largi, fie a uterului post-pelvian sau pe alt organ abdominal din vecinătate.

Embrionul având asigurată circulația sanghină se poate desvolta până la termen, când vasele placentare se obliterează și foetusul moare și împreună cu anexele sale devine un corp străin pentru organismul matern. Acest chist fetal evoluiază fie spre închistare, fie spre supurație.

Inchistarea se produce rar, însă e foarte favorabilă pentru mamă. Procesul închistării începe prin resorbția lichidului amniotic, lipirea membranelor de fetus, care se atrofiază și se mumifică. De regulă să depun săruri de calciu pe acest chist fetal mumificat, care-l transformă în lithopedion, care poate fi tolerat în organism ani de-a-rândul, așa e cazul din clinica lui Halle, care a fost operat după 14 ani.

Evoluţia cea mai frecventă a chistului e însă spre supuraţie, care se produce datorită chimio-tactismului pozitiv al fetului mort, faţă de bacteriile din circulaţia generală maternă, sau din ansele intestinale, ce sunt aderente la chist. Supuraţia rămâne mult timp izolată în chist, fără să producă fenomene peritoneale, pe urmă caută să se evacueze, fie prin rect, vagin, vezică sau chiar la exterior prin peretele abdominal, formând fistule interminabile, cari duc la caşecsie şi marasm.

Leopold a arătat prin experienţe la iepuri că, în caz când embrionul e mic şi ajunge în cavitatea abdominală, e digerat şi rezorbit de peritoneu.

Sarcina abdominală e rară şi destul de dificil e să stabilim diagnosticul, deoarece uterul e mascat de chistul fetal de care cu greu se poate delimita prin palpare. Diagnosticul precis se poate stabili numai prin radiografie cu lipiodol a cavităţii uterine sau prin sondarea uterului.

In literatura medicală sunt citate puţine cazuri de sarcină abdominală, aşa Scourtis, Calier, Rulii, citează cazuri însă cu feţi morţi. Vayssière citează un caz operat la timp când şi mama şi copilul au trăit.

In serviciul nostru am avut un caz a cărui observaţie clinică o dăm mai jos:

Observaţia clinică Nr. 533. Maria S., în vârstă de 38 ani, din comuna Vălişoara, căsătorită, se internează în spital la data de 28 Iulie 1943, pentru gravitate la termin şi edeme generalizate.

Atât în antecedentele heredo-colaterale, cât şi personale, nu găsim nimic important în legătură cu boala actuală. In ce priveşte antecedentele fiziologice, bolnava ne spune că a fost menstruată dela vârsta de 16 ani, menstruele păstrându-şi aceleaşi caractere. La 4 ani după căsătorie a avut o sarcină normală dusă la termin cu facere normală. De atunci n'a mai avut nicio sarcină până acum, cu toate că n'a luat nicio măsură preventivă. Menstruele în acest interval de 11 ani s'au păstrat caracterele normale.

Boala actuală datează de 8 luni. La început bolnava devine complect menoreică 2 luni, având în acelaşi timp uşoare dureri în partea stângă a etajului inferior abdominal. După acest interval de 2 luni, începe să se prezinte nişte scurgeri de sânge de culoare negricioasă, amestecate cu secreţii mucoase, de intensitate mică. Aceste scurgeri de sânge survin din când în când neregulat şi durează 1—2 zile. Bolnava nu dă nicio importanţă acestor tulburări, ci abia după 4 luni, când durerile devin mai intense şi observă totodată că în partea stângă a etajului inferior creşte o tumoară, consultă un medic, care îi recomandă să se interneze în spital pentru a i se face operaţie, suferind de o tumoare a anexelor. Bolnava refuză să intre în spital şi urmează acasă un tratament propus de medicul consultant. Fenomenele fizice însă nu cedează, din contră, după 4 luni tumoarea a crescut enorm şi bolnava face şi edeme generalizate, însoţite de o stare generală rea, ceea ce o determină să intre în spital.

Starea prezentă: De constituţie mijlocie, aproape tot ţesutul celulo-adipos e infiltrat de edeme, pielea şi mucoasele palide, la ambele baze pulmonare se constată un transudat, la ascultaţie raluri bronşiale, cordul normal, puls 90. La analiza urinei se constată multă albumină, hematii şi cilindri.

La examenul abdominal se constată o tumoare mediană puţin ovalară, neregulată, care ocupă întreagă cavitatea abdominală şi se ridică până la trei degete sub apendicele xifoid, de consistenţă variată. Nu se pot auzi bătăile fetale şi bolnava ne spune că nu mai simte nici mişcările fetale, pe care înainte le simţea bine.

Examenul genital: Vulva şi vaginul de aspect normal, colul uterin de mărime normală, ramolit şi din orificiul extern se scurge o secreţie muco-

sanguinolentă. Corpul uterin nu se poate palpa, făcând parte comună cu tumoarea abdominală.

Sânii sunt mult tumefiați, areolele peri mamelonare sunt intens pigmentate, iar la presiune pe mamele se scurge colostru din mameloane.

Din evoluția boalei, din examinările clinice, precum și din examinările radiografice, stabilim diagnosticul de sarcină la termen.

Dat fiind fenomenele renale grave, se pune imediat bolnava după internare în spital la un regim sec, i se administrează cardiotonice și diuretice, după câteva zile edemele dispar complect, însă starea generală se menține rea și bolnava face și ascensiuni termice.

In fața acestei situații, văzând că bolnava nu prezintă niciun semn de începerea travaliului de naștere, colul fiind de mărime normală, în bazin defiind nimic angajat, în schimb starea generală agravându-se, ne hotărîm pentru intervenție chirurgicală, mai ales că nu eram complect edificați asupra uterului.

Intervenția este făcută în ziua de 3 August 1943, Nr. cond. operații 244. Operator D-r C. Ivan, ajutor D-na D-r Popa E. Se face rachi-anestezie 012 gr. novocaină cu 010 gr. cofeină.

Se face laparotomie mediană subombilicală cu prelungirea inciziei cu 4 cm. deasupra ombilicului. In cavitatea abdominală se găsește un chist fetal care are pedicolul la anexele din stânga și e aderent de uter și marele epiploon. Aderențele cu epiploonul se desfac ușor, se secționează partea din epiploon care a fost aderentă, însă aderențele cu uterul se desfac greu și pe locul lor din uter apare o hemoragie în masă. Se face, ligatura pedicolului vascular dela anexe și se aplică o hemostază provizorie pe partea chistului, se face secțiunea anexelor stângi, pe urmă se eliberează complect aderențele cu uterul și se extirpa chistul fetal. In timpul acestor eliberări se rup membranele chistului și se scurge lichidul amniotic care e de culoare negricioasă. Hemoragia de pe corpul uterului neoprindu-se, ne decidem și facem o histerectomie subtotală. Pentru siguranță, aplicăm un dren Mikulics, în bazin și refacem peretele în trei straturi.

BCU Iași / Central University Library Cluj

In chistul fetal se găseşte un copil mort de sex masculin, în greutate de 2800 gr., normal desvoltat, pielea de culoare lividă şi în câteva locuri sfascelată. Placenta de mărime normală, forma rotundă şi consistenţă tumorală.

In primele 2 zile după intervenţie, bolnava este sub-febrilă. Mersul post-operator este normal, a 4-a zi se scoate o parte din dren. La 2 săptămâni după intervenţie a dispărut complect şi albumina din urină.

La data de 19 Sept. 1934, bolnava părăseşte spitalul complect vindecată.

După cum vedem în acest caz a fost o sarcină ectopică abdominală la termen cu nefrită gravidică. Fătul care e desvoltat normal, credem că a murit înainte de intervenţie cu cel puţin 20 zile, aceasta datorită faptului că noi n'am putut auzi bătăile fetale, că bolnava ne spune că de vreo 2 săptămâni n'a mai simţit bătăile fetale, iar la intervenţie am găsit o placentă de consistenţă tumorală, din care nu s'a scurs mult sânge, iar pielea de pe faţa foetului, în unele părţi începea să se sfaceleze.

Ca condiţie de tratament după Bumm şi Baronnet, în toate sarcinile abdominale diagnosticate trebue să intervenim de urgenţă, fiindcă pe lângă faptul că numai 8% din copii se nasc normali, restul au diformaţii congenitale, mai pot produce şi în evoluţia lor complicaţii grave, cari periclitează viaţa mamei.

Când o sarcină are o evoluţie normală şi bolnava poate fi menţinută continuu sub observaţia medicală, să poate lăsa sarcina să evoluieze până la termen şi să se intervină atunci, astfel se poate salva şi mama şi copilul, ca în cazul lui Vayssière.

http://Biblioteca Universitară Iaşi / Central University Library Iaşi

In cazul când fătul e mort, după Jadis să nu se facă intervenţia decât după 4—6 săptămâni dela moarte, fiindcă după acest interval de timp, intervenţia nu mai prezintă niciun pericol sau dificultate, deoarece placenta nu mai sângerează, vasele sanguine fiind obliterate, după cum a arătat Pinard.

Până în prezent avem două metode chirurgicale de tratament: 1. Ridicarea fetusului cu chistul ovular cutat şi 2. Extracţia fetusului cu abandonarea în cazurile când chistul prezintă de toate părţile, aderenţe solide cu organele vecine şi placenta e înserată pe o suprafaţă prea mare şi nu se poate extirpa datorită pericolului de hemoragii. In aceste cazuri se face o marsupializare a anexelor fetale cari nu se pot extirpa.

Prima metodă, adică cea radicală, e de preferat şi adoptată de majoritatea autorilor. I. L. Fauré şi Martiniana Fernandes, aplică această metodă radicală şi-o complectează cu un drenaj Mikulics.

In cazul nostru, datorită faptului că placenta a fost înserată pe faţa posterioară a uterului, ocupând o suprafaţă mare, nu se putea face intervenţie radicală decât prin sacrificarea uterului; am făcut şi histerectomia, datorită faptului că eram convinşi că nu se poate opri hemoragia nici printr'o marsupializare, precum şi datorită faptului că bolnava era în etate.

BLENORAGIA ŞI ŞANCRU MOALE INTRAURETRAL LA BĂRBAT

de

D-r ST. MATACHE

Dacă blenoragia pe de-o-parte şi şancrul moale, pe de altă parte — constituiesc capitole individuale bine trasate în patologia venerică şi mai mult decât comune în practica venerologului; dacă întâlnirea acestor două afecţiuni, la acelaşi bolnav şi simultan — cu obişnuitele localizări ale şancrului moale — nu constituie rarităţi de clinică şi cabinet; şi însfârşit — dacă blenoragia şi şancrul moale, întâlnindu-se la meatul aceluiaşi bolnav, încă nu constituie o excepţie — blenoragia şi cu şancrul moale — adânc intrauretral — iese categoric din comun, rezervându-şi dreptul de publicitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Importanţa acestui fapt — expresionat prin cazul ce-l voiu prezenta — nu derivă dintr'o simptomatologie sau vreo evoluţie prea bizară, sau dintr'o prea mare dificultate în tratament — ci mai mult din punct de vedere al diagnosticului, asupra căruia trebue să recunoaştem că nu este tocmai simplu şi nici prea puţin expus erorilor.

Medicul practician mai ales — şi chiar venerologul — sub imperiul obişnuinţei cazurilor comune zilnice — în faţa unei scurgeri uretrale abundente, însoţite de fenomenele inflamatorii adecvate, la un pacient tânăr — anticipează (primul din gură de cele mai multe ori, secundul în gând) diagnosticul de blenoragie. Bolnavul mai referă o sensibilitate la un punct al uretrei (ceea ce nu se exclude în blenoragie) şi-şi mai prezintă şi o adenită inguinală redusă (ceea ce, iar nu se exclude în blenoragie) şi atunci, primul are diagnosticul fixat, dar incomplect şi începe un tratament antiblenoragic, după procedeele cari şi le-au însuşit.

Venerologul însă, examinează clinic şi microscopic şi trece toate datele culese prin prisma specialităţii, rar dând greş — şi atunci — vina stă în neatenţie, nu în nepricepere.

Eroarea este eroare — şi dacă în cazul dat nu are consecinţe grave pentru bolnav (sunt cazuri de erori foarte grave şi de consecinţe şi mai grave), totuşi vor rămâne alterate, prestigiul specialităţii şi ambiţia specialistului.

Trebue să mărturisesc că prea departe de eroare — cel puţin în prima parte a consultaţiei — nu am fost nici eu şi — dacă am trecut cu bine acest examen practic (dacă nu-l treceam cu bine, poate că nu-l publicam) — faptul se datoreşte unei formule, exprimată de către Pierre Barbellion — fost colaborator de seamă al maestrului Janet — care spune „gonococul este unul din microbii cari participă cel mai puţin la polimorfismul microbian" — formulă confirmată în plin, mai ales în cazurile de blenoragie recentă şi la un individ fără antecedente uretrale, presupunând şi o recoltare a secreţiei precedată de desinfecţia meatului.

Iată cazul:

Bolnavul P. D., de 28 ani, căsătorit (are un copil), de profesiune gardian public.

Antecedente personale: Nu a suferit de nicio venerie.

Bolnavul povesteşte cum după 6 ani de căsătorie — posibilitatea ocupării unui post la oraş — îl separă de ogor şi de familie, şi-l face şi victima „bolilor lumeşti" dela oraş.

Trusa preventivă antivenerică — părăsită de pe vremea armatei — a reluat-o, odată cu postul dela oraş. Se compune dintr'o sticluţă cu ţuică tare, cu care avea să-şi facă badijonări pe părţile genitale externe şi — pe cât posibil — în interiorul canalului uretral — asta, după fiecare contact, conform sfatului unui camarad.

Astfel înarmat — în noaptea de 14. IV. 1942, fiind în exerciţiul funcţiunii — găseşte o femeie în parcul public, cu care are raporturi sexuale. Imediat a pus în practică măsurile preventive: după ce a badijonat bine organele genitale pe dinafară cu ţuică, a făcut un tampon de vată pe un băţ de chibrit, l-a muiat în sticla cu ţuică, l-a introdus pe $^3/_4$ în canal şi a făcut un badijonaj bun prin răsucirea — de mai multe ori — a chibritului. (Prevenea boala, deschizându-i poarta de intrare).

Babeş-Bolyai University Library Cluj

După 3 zile, simte o jenă în treimea anterioară a penisului — exprimă, nu constată nimic şi este mulţumit. A patra zi dimineaţa însa — este trezit din somn de erecţiuni dureroase şi constată o scurgere uretrală purulentă abundentă. Îşi pune o batistă cu apă rece şi se mulţumeşte să lase explicaţia în seama gradului de tărie al preventivului. Fenomenele subiective se accentuiază — orice micţiune era un chin — şi după 3 zile, se prezintă la un medic, care-i pune diagnosticul: Blenoragie complicată — îi recomandă **Gonorex** (în 1942) şi continuarea compreselor reci timp de 3 zile după care timp, să revină. La 24. IV. revine — foarte puţin calmat — i se face o spălătură K. H., cu care ocazie leşină.

La 25. IV. se prezintă în cabinetul subsemnatului şi — după ce mi-a expus situaţia amintită — procedez la examenul obiectiv.

Examenul clinic: penisul uşor încurbat spre scrot; la tentativa de ridicare a penisului, bolnavul acuză dureri, mai ales către vârf; scurgere uretrală purulentă, abundentă şi cu o nuanţă şocolatie; la palparea uretrei, punct dureros la $2^1/_2$—3 cm. de vârf, fără a se constata palpatonic, vreun proces infiltrativ. Adenopatie inguinală, redusă, uşor sensibilă.

Examenul microscopic: Frotiul, albastru metylen, rari epiteliale, numeroase polinucleare, numeroşi diplococi Neisser, intra şi extracelulari şi în plus — un apreciabil număr de bacili scurţi, în parte izolaţi, în parte dispuşi în lanţuri.

Prezenţa acestor bacili, caracterul durerilor, caracterul uşor sanghinolent al secreţiei şi în plus — reacţia ganglionilor inguinali — m'au decis la prepararea unui gram, care mi-a confirmat pe lângă celelaltte elemente — prezenţa bacililor Ducrey, gram negativi.

Examenul urinelor: Primul pahar: urina tulbure, cu rari filamente lungi şi grele; el doilea pahar: urina limpede, fără filamente.

Pe lângă toate consideerentele favorabile de diagnostic — nu renunţ la tatonare, cu atât mai mult, cu cât — prea mult nici nu puteam face local pentru acest bolnav, în starea în care se afla.

Ii dau 24 tablete Dagenan (natural că întrerup Gonorexul), pentru a lua din 4 în 4 ore câte o tabletă cu apă multă, până la terminare; îi injectez cutivaccinul Dmelcos; îi recomand regimul adecvat şi continuarea compreselor reci, urmând ca după 36 ore să ne revedem.

In ziua de 27. IV. se prezintă: Intradermoreacţiunea Dmelcos categoric pozitivă; bolnavul cu mai mult curaj, referă o reducere a uşturimilor şi a durerilor, cum şi a scurgerii (luase deja 9 tablete Dagenan), însă cu dureri mai accentuate în regiunea inguinală stângă (verosimil: evoluţia, reacţia cutivaccinului şi oboseală, bolnavul fiind în continuarea serviciului). Urinează mai uşor — urina primă mai puţin tulbure, uretra posterioară rămasă indemnă şi suportă perfect o spălătură uşoară cu Rivanol..

Nu mă aştâmpăr — ca să întrebuinţez termenul cel mai potrivit — şi cu încuviinţarea bolnavului, fiind favorizat şi de un canal larg şi cu fenomene inflamatorii cedate în parte (în plus, abuzând faţă de condiţiile de explorare) — introduc tubul cel mai mic al uretroscopului pe o adâncime de 3 cm. (bolnavul era învăţat cu aceste insulte dela chibritul său preventiv) şi după ce l-am retras cu $1/2$ cm., am fost în faţa diagnosticului ascuns, pe care mi l-am plasat cu indexul mâinei stângi în extremitatea tubului: în afară de leziunile inerente procesului gonococic — pe peretele superior, imediat înapoia valvei Guérin — o leziune ovalară — cu axul longitudinal acelaşi cu al uretrei, de dimensiunea unui bob de linte, cu suprafaţa uşor adâncită, grunţoasă şi cu marginile neregulate, acoperind încă un lizereu de puroiu, scăpat de sub presiunea minimală a spălăturii.

Diagnosticul devine categoric: Blenoragie subacută anterioară, şancru moale intrauretral şi adenită inguinală stângă.

Tratat în continuare cu Dagenan, spălături, bugiuri cu iodoform şi Dagenan, vaccin Banciu-Nicolau, bolnavul este complect restabilit după 4 săptămâni.

Cazul de faţă este expresiv, pentru mai multe genuri de concluzii:

1. **Sociale**: se cere mai multă atenţie în educarea tineretului, în sensul profilaxiei individuale antivenerice, sensul sublim al progresului fiind în prevenirea, nu în tratarea bolilor venerice.

BCU Iasi / Central University Library

2. **Profesionale**: ar fi recomandabil să nu ne mai alegem o specialitate venerică — fără să o facem — ci numai din simplul, dar superficialul motiv, că Venerologia este uşoară şi are un câmp foarte restrâns. Cazul expus — şi multe altele similare — arată contrariul iar prin comparaţie, putem spune că medicina internă nu este grea prin pneumonie, chirurgia prin amputarea unei falange, obstetrica prin măsurarea diametrelor, etc.

3. **Practice**: Cazul expus este concludent în ceea ce priveşte deosebita atenţiune, minuţiozitate şi perspicacitate ce trebuiesc depuse, pentru ca — ajutaţi de un instrumentar de specialitate complexă să lămurim cazurile de venerologie, mai ales cele complicate sau cu venerii simultane multiple — uneori discrete şi chiar ascunse.

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

ersity Library Cluj

LABORATOIRES GOBEY-PARIS

Reprezentant pentru România
LABORATORUL FARMACEUTIC

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

EMPHIZEMUL SUBCUTANAT IN TRATAMENTUL PLEUREZIILOR ŞI PERITONITELOR SEROFIBRINOASE

de

D-r FENEŞANU I.
Medicul Spitalului Orşova

Se expune rezultatul obţinut pe 20 cazuri de pleurezie serofibrinoasă şi peritonită bacilară exudative prin introducere de aer subcutanat provocându-se emphizem. Prin acest tratament, care nu are niciun inconvenient şi se aplică foarte uşor, se obţin rezultate minunate şi se scurtează timpul maladiei.

O bolnavă cu pleurezie sero-fibrinoasă în cursul tratamentului cu pneomotorax, lichid până la spina omoplatului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se întrerupe pneomotoraxul şi se instituie tratamentul pentru pleurezie, nicio ameliorare timp de 25—30 zile.

Văzând că plămânul îşi revine şi cavena epicală se măreşte, se încearcă din nou pneomotorax cu tot lichidul abundent, prima şedinţă merge bine nu colabiază destul de bine plămânul, a doua şedinţă peste 7 zile, dintr'o greşeală de tehnică, se introduce aerul subcutanat, producându-se un emfizem cu 140 cc. Când bolnava vine la a treia şedinţă la 7 zile, rămânem surprinşi cum cantitatea aceea mare de lichid, aproape a dispărut, însă n'am făcut nicio legătură cu emfizemul subcutanat şi dispariţia acestui lichid.

In acest timp citim o lucrare făcută în serviciul D-r I. Stoia, referitor la această chestiune care a fost făcută pe o serie de 14 bolnavi cu pleurezii cu exudat de către D-r C. Dumitriu şi D-r M. Rădulescu.

Autorii mai citează articolul lui Böller din Klinische Wochenschrifft, care a încercat acest tratament pe 100 de cazuri şi în peritonitele bacilare cu exudat.

Având cazul nostru concludent şi văzând rezultatele autorilor mai sus, am întrebuinţat de atunci pe aproape toate cazurile pe care le-am avut în spital şi în clientela particulară.

Astfel am întrebuinţat acest procedeu pe 20 de cazuri, 17 cazuri de pleurezie sero-fibrinoase şi 3 cazuri de peritonite, bolnavi cu exudat. Rezultatele aproape în toate cazurile au fost satisfăcătoare. Am asociat întotdeauna pe lângă acest tratament şi calciterapie, repaos, uşor regim alimentar şi igienic.

Am fost nevoiţi în trei cazuri de pleurezie a recurge şi la extragerea lichidului între 300—700 gr.

Ca instrumentaţie am întrebuinţat aparatul de pneumotorax Cociaşu şi acul Küss. La ultimile cazuri am întrebuinţat ace obişnuite sub-

cutanate sau intravenoase, foarte subţiri, deoarece acul Küss ni s'a părut prea gros şi aerul merge cu prea mare viteză.

Autorii mai sus citaţi amintesc de seringa Böller. Noi am întrebuinţat în 2 cazuri aparatul de transfuzii Popescu, însă am revenit la aparatul de pneumotorax, care merge mai încet şi putem urmări cu precizie cantitatea de aer introdus.

Locul unde-l facem acest emfizem, la început a fost nivelul locurilor obişnuite pentru pneumotorax pe linia medie axilară. La ultimile cazuri l-am făcut sub vârful omoplatului, introducând acul în ţesuturile laxe din această regiune, întocmai ca la o injecţie subcutană, ridicând pielea mult sus, făcând o plică, astfel că n'am întâmpinat niciodată niciun inconvenient.

In peritonite bacilare, am făcut acest emfizem în flancul stâng sau pe linia ombilico-spină I.A.S., la mijlocul ei, de obiceiu unde facem paracenteză abdominală.

Cantitatea de aer a variat dela 100 cc. până la 600 cc. la început cantităţi mai mici, apoi am crescut de obiceiu cu 100—150 cc.

Intervalul între injecţii a fost de 4—10 zile după starea generală a bolnavilor şi după cum se rezorbia aerul şi lichidul pleural. Bolnavii îi urmăream radiologic şi la unele cazuri puteam vedea cum dela o şedinţă la alta lichidul scădea cu 1—2—3 degete. Asemenea şi la peritonitele bacilare, prin măsurătoare ne-am putut da seama între fiecare şedinţă, la un caz scădea cu 2—3 cm. circomferinţa abdominală, astfel că în urma a 5 şedinţe, lichidul a fost aproape complect rezorbit, iar starea generală s'a refăcut minunat.

Numărul şedinţelor a variat între 3—6 şedinţe. La două cazuri am mers până la a 10 şedinţă, cu toate acestea rezultatul n'a fost destul de favorabil, am trebuit a recurge şi la extragerea lichidului.

Accidente în cursul şi după introducerea aerului subcutanat sunt de obiceiu minime. Astfel este posibil înţeparea vreunui vas (accident amintit şi de autori mai sus), pentru aceasta am lăsat acul liber câteva secunde ca să vedem dacă se scurge sânge pe la capăt. In momentul introducerii aerului subcutan, bolnavii acuză o senzaţie de deslipire, mai ales în primele şedinţe, pentru unii destul de supărătoare, însă dispare imediat. N'am observat niciodată dispnea amintită de autorii mai sus citaţi. Dacă se iau toate măsurile de antisepsie cuvenite, orice pasibilităţi de infecţie loco-regională este imposibilă.

Din studiul făcut în serviciul D-lui D-r Stoia, asupra modificărilor sanghine, s'a constatat o creştere a monocitelor, limfocitelor şi o scădere a vitezei de sedimentare a hematiilor în cursul acestui tratament, ceea ce denotă o creştere a puteri de apărare a organismului.

Acest tratament s'ar baza prin iritaţia organismului şi în consecinţă mărirea anticorpilor, ceea ce constituie **Reiztherapia** sau terapia prin iritaţie.

Prin acest tratament uşor de aplicat, scurtăm foarte mult perioada de boală a acestor bolnavi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sulfamidă cu toleranţă optimă

SULFORONIN

Dr. Wander

Sulfanilyl — aminopiridină

Gonoree — Pneumonie — Meningită — Strepto-Stafilococie — Colibaciloză — Dizenterie

Tuburi cu 20 tablete a 0,5 gr.

Calmant al tusei

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CODELUM Dr. Wander

Tablete cu 0,02 gr. Codeină fenileteilbarbiturică

în toate cazurile de tuse iritativă spasmodică şi quintoasă în special în tusea tuberculoşilor

---

Mostre şi literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice,

Bucureşti II, Bul. Bucureştii-Noi No. 90

Reg. Com. 812/933

LEUKOTROPIN

Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic

mai ales indicat în toate

sindromele reumatismale
artrite acute
inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:
Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.
Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:
Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.
(vorm. Silten-Gesellschaft)

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Clinica chirurgicală şi bolile căilor urinare din Cluj-(Sibiu)
Director: Prof. D-r E. Teposu

ORGANIZAREA SERVICIULUI SANITAR MILITAR, CU O PRIVIRE SPECIALĂ ASUPRA FUNCŢIONĂRII SPITALULUI CHIRURGICAL Z. I. 162

de

D-r MIRCEA POPLUCA
Asistent

In timpurile antice, când şi efectivele în războaie erau mult mai reduse, iar armamentul mult mai primitiv, şi serviciul sanitar era foarte puţin desvoltat, rezervat fiind ajutorul medical numai la anumite clase sociale de bogătaşi. Importanţa tot mai crescândă a serviciului sanitar militar în decursul veacurilor, s'a evidenţiat odată cu desvoltarea tot mai mare a ştiinţelor medicale şi paralel cu perfecţionarea metodelor de luptă, precum şi a armamentului întrebuinţat în diferitele războaie. Astfel abia în secolul al XIX-lea ajungând medicina la progrese uimitoare, şi-a arătat adevărata ei valoare, atât în timp de pace cât şi în timp de război.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Primele începuturi de organizare ale serviciului sanitar militar, precum şi primele lazarete s'au înfiinţat pe la anul 1704 în Germania şi 1708 în Franţa. Insă în ultimul timp cu perfecţionarea tot mai mare a diferitelor sisteme de luptă, precum şi a armamentului crescând în acelaşi timp ca număr foarte mult şi efectivele în luptă la sute de mii şi milioane — efective cari fiind supuse la tot felul de intemperii şi condiţiuni de viaţă extrem de dificile, — s'a pus cum era şi firesc pe primul plan marea problemă a igienei şi profilaxiei de războiu, în ceea ce priveşte educaţia sportivă a tineretului, selecţionarea şi triajul celor, cari vor deveni viitorii luptători.

Şi în timpurile actuale tot medicinei preventive (ultimele descoperiri de seruri şi vaccinuri), îi revine importantul rol de a acţiona pe teren, ştiindu-se prea bine cum în războaiele trecute întotdeauna mortalitatea prin boli, a fost cu mult mai mare, decât cea prin arme albe sau prin arme de foc.

Dar acest rol deosebit pe care-l are medicina preventivă mai ales azi, se combină cum nu se poate mai bine cu cel al medicinei curative, care nu trebue să urmărească numai obiectivele primordiale ale terapeuticei răniţilor de războiu şi care aparţin exclusiv chirurgului,

ci având în vedere recuperarea cât mai mare a foştilor luptători, spre binele Patriei şi a Neamului, trebue să dea aceiaşi importanţă şi problemei urmărilor sau sechelelor mai apropiate sau mai îndepărtate ca timp, ale traumatismelor de războiu; şi aici pe lângă competinţa chirurgului se angajează pe acelaşi plan şi cea a ortopedului, neurologului, balneologului sau fizioterapeutului. Şi numai studiind cât se poate de temeinic toţi factorii determinanţi şi favorizanţi, declanşatori de sechele, în rănirile de războiu (cum ar fi factorul timp sau factorul teren — tisular, humoral şi hormonal, sau factorul reacţiune secundară sau tardivă; sau persistenţa îndelungată a microbismului latent şi alte spine iritative), vom ajunge ca pe baze ştiinţifice să organizăm o asistenţă medicală îndepărtată şi integrală a foştilor luptători, ale căror organism este grefat cu o serie de sechele şi să facem ca aceste urmări ale rănirilor de războiu să devie reversibile şi astfel mulţi răniţi clasaţi ca invalizi de războiu şi deci inapţi pentru serviciul militar, prin această asistenţă serioasă dată lor în timpul potrivit şi util, să constituie cel mai preţios mijloc de a-i face recuperabili şi nu de a rămâne pe mai departe toată viaţa, un balast pentru societatea şi statul din care fac parte. In sensul celor expuse mai sus, cifrele apărute în anul 1934, în referatul sanitar de războiu al Inspectoratului Sanitar din Ministerul de războiu german, sunt edificatoare şi anume efectivul în luptă a fost de 13 milioane cu un procent de recuperare foarte mare de 94,5% şi numai 3,8% au devenit inapţi pentru serviciul militar, iar restul de 1,7% reprezentând mortalitatea. Iată deci rezultate cât se poate de satisfăcătoare.

Astăzi mai mult ca oricând se pretinde o organizare a serviciului sanitar militar perfect adecvată acestui războiu modern şi global şi care să fie în raport cu perfecţionarea armamentului (automatizarea), în raport cu războiul de mişcare, războiul explosiv, incendiar, toxic şi bacteriologic, precum şi în raport cu evacuările şi transporturile terestre, maritime şi aeriene, cari sunt absolut necesare.

La noi serviciul sanitar militar este organizat pe mai multe eşaloane; astfel avem, începând cu cele mai înaintate din prima linie; postul de prim ajutor batalionar, care conform regulamentului este plasat la o distanţă de 800—1000 m. dela prima linie de luptători şi anume la nivelul rezervei batalionului, cât e posibil pe lângă un drum şi o sursă de apă şi în apropiere de comandantul batalionului.

Postul de ajutor regimentar se instalează la nivelul rezervelor Regimentului, aproximativ la 1500 m. dela prima linie de luptători; iar staţia de trăsuri se află la 2—4 km. de prima linie. De obiceiu aceste trei eşaloane trebuesc plasate astfel, ca să dea posibilitatea tuturor răniţilor de a ajunge la ele pe drumul cel mai scurt.

Imediat, la câţiva km. mai înapoi se instalează postul de ambulanţă divizionară cu serviciul chirurgical pentru cazurile urgente şi cu coloana de brancardieri pentru reîmprospătarea sanitarilor şi brancardierilor din eşaloanele mai înaintate.

Urmează apoi spitalul de campanie, care este o formaţiune sanitară prin excelenţă de tratament a răniţilor şi bolnavilor, stabilindu-se aici definitiv terapeutica lor (acest eşalon fiind dotat cu tot personalul

şi materialul necesar); aici se fac intervenţiuni chirurgicale complecte, precum şi spitalizări pentru recuperabilii în timp de două săptămâni, cât şi pentru cei netransportabili. Se instalează de obiceiu la o distanţă variabilă între 20—40 km. dela linia frontului. Spitalul mai are şi o grupă de brancardieri, cari lucrează în diferitele secţii ale spitalului, sau atunci când momentele o cer, poate fi trimisă la divizie ca întărire sau înlocuire a pierderilor în oameni, dela coloana de brancardieri a ambulanţei divizionare.

Mai sunt apoi spitalele de evacuare ale armatei şi în sfârşit Spitalele de Z. I., pe specialităţi sau ca spitale de convalescenţă.

In ceea ce priveşte mijloacele de evacuare ale răniţilor prin aceste diferite eşaloane sanitare, dispunem chiar în prima linie de sanitari şi brancardieri. Locul sanitarilor şi brancardierilor în timpul luptei intense, este la rezerva compăniilor; ei evacuiază răniţii dela cuiburile de răniţi, cari sunt neregulat plasate în adâncime, dela primele rânduri de trăgători înapoi spre rezerva companiei respective, fiind adăpostite după diverse accidente de teren, tufişuri, gropi, etc. Ridicarea şi transportul răniţilor la primul post de ajutor batalionar, se poate face şi în timpul luptei, dacă brancardierii se pot strecura din faţa focului ucigător inamic, prin locuri defilate şi pe teren accidentat; iar pe teren plat numai în timpul acalmiei, sau la venirea serii. Dacă transportul se face cu o targă cu doi brancardieri, viteza va fi aproximativ de 1—1,200 km. pe oră; dacă se face cu 4 brancardieri, viteza va fi de 2—2,200 km. pe oră. Alte mijloace de transport sunt: căruciorul port-targă cu o viteză de 4 km. pe oră; vehicolele hipomobile aproximativ cu aceiaşi viteză; trenul sanitar cu 30 km. pe oră; vaporul sanitar cu 10 km. pe oră; auto-sanitarele cu 10—20 km. pe oră şi avionul sanitar cu 150 km. pe oră. Pentru bunul mers al războiului, tot timpul trebue să existe o coordonare perfectă, între comandamentul frontist şi cel sanitar.

Dintre formaţiunile sanitare mai sus amintite, mă voi ocupa pe scurt cu organizarea şi funcţionarea spitalului chirurgical Z. I. 162 dela Braşov, la care am activat în timpul primei campanii.

Chiar şi în ţările mari occidentale, organizarea serviciului medical în timp de războiu, a întâmpinat greutăţi mari şi aceasta cu atât mai vărtos la noi, cari în ultimii ani, am fost atât de greu şi dureros încercaţi.

Cu venirea însă la putere a D-lui Mareşal Antonescu, s'a dat o deosebită atenţiune la toate cerinţele sanitare ale armatei şi astfel într'o admirabilă colaborare Armata şi Ministerul Sănătăţii atât în zonele operative, cât şi în cele interioare au reuşit să realizeze un serviciu medical foarte bine înzestrat şi ca personal medical şi ca material sanitar.

Formaţiunile sanitare din zona interioară au fost instalate unele în vechile spitale civile sau sanatorii, cari în felul acesta au trebuit să-şi mărească cu mult capacitatea lor iniţială, faţă de afluxul mare de răniţi; iar altele au fost improvizate mai ales în localuri de şcoală, de cele mai multeori improprii, cu personal sanitar inferior insuficient din punct de vedere cantitativ şi calitativ, precum şi cu o serie de alte multiple dificultăţi, în raport cu exigenţele instalării şi funcţionării unui spital.

Oraşul Braşov prin Instituţiunile sale spitaliceşti încadrate cu medici specialişti şi utilate în foarte bune condiţiuni, precum şi prin situaţia sa geografică, — în centrul ţării departe fiind de linia frontului, a fost menit să constituie un centru important de îngrijire a numeroşi răniţi din războiul sfânt pentru reîntregire. Astfel în acest scop şi în acest oraş au funcţionat mai ales la începutul campaniei o serie întreagă de spitale, multe din ele servind drept spitale de convalescenţă şi staţiuni de evacuare pentru decongestionarea marilor centre chirurgicale.

Tot timpul a dominat o desăvârşită şi armonioasă colaborare între diversele organe militare, sanitare şi administrative locale, pentru bunul mers al serviciului de asistenţă medicală dat eroilor neamului nostru. Transportul la spitale în prealabil anunţate despre numărul de răniţi pe care urmau să-l primească, s'a făcut cu ambulanţele-automobile ale Crucii Roşii, sau cu autobuzele oraşului sau autocamioanele armatei, sub supravegherea serviciului medical al gării, în colaborare strânsă cu serviciul sanitar al Crucii Roşii din gara Braşov, de sub conducerea D-nei Colonel Podgoreanu; debarcarea răniţilor din trenuri şi îmbarcarea lor în automobile, s'a făcut tot timpul în ordine, linişte şi cu maximum de rapiditate.

Spitalul Chirurgical 162, a fost şi este şi în prezent găzduit în localul unei şcoale săseşti „Bartolomeu" de pe strada Lungă din Braşov. In această şcoală i s'a pus la dispoziţie o serie de încăperi goale ca: sala de gimnastică, sala de festivităţi, casina, etc., deci săli de cari şcoala se putea dispensa tot timpul, până la terminarea războiului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Echipa noastră medicală compusă din: Lt.-Col. D-r N. Dumitraşcu, comandantul spitalului şi medicii: Căpitan D-r Fink E., radiolog; Lt. D-r Puşcariu Radu chirurg, Lt. D-r Stoica V. şi Sblt. D-r Tomescu A. internişti; iar Locot. as. D-na D-r Ungureanu S. şi Locot. D-r Gust A. stomatologi şi subsemnatul, împreună cu studenţii din anii III—V dela Facultăţile de Medicină din Bucureşti, Sibiu şi Iaşi, a contribuit la organizarea şi punerea în funcţiune a acestui spital, care mai avea şi o anexă la o şcoală primară din apropiere şi care ca şi localul nostru nu dispunea decât de nişte încăperi goale. Având însă toată solicitudinea şi deosebitul concurs al armatei prin Garnizoana Braşov şi Cercul de Recrutare, precum şi al Ministerului Sănătăţii prin serviciul sanitar al oraşului condus de D-l D-r Ulpiu Ştefan, la care s'a mai asociat cum nu se putea mai frumos şi preţioasa colaborare a Crucii Roşii locale în frunte cu D-na prezidentă Cuteanu, secondată de D-nele: Col. Podgoreanu, D-r Nistor, D-r Garoiu, D-r Debu, Langa, Maximilian, etc., am reuşit ca în timp de aproximativ 3 săptămâni să punem în funcţiune serviciul nostru medico-chirurgical, improvizând o sală de operaţiune aseptică şi alta septică; sală de pansamente; sală de Roentgen; saloane pentru bolnavi; baie şi deparazitare; birouri, bucătărie, magazie şi anexe, dispunând de o capacitate de aproximativ 300 paturi.

Cum personalul sanitar inferior era insuficient ca număr şi foarte slab instruit, în timpul organizării spitalului, o parte dintre noi me-

dicii am reuşit ca prin conferinţe şi aplicaţiuni practice să ne formăm un personal bine instruit, dintre membrele Crucii Roşii locale, din partea cărora am observat toată solicitudinea, precum şi existenţa unui puternic suflu de patriotism al neamului românesc, manifestat prin atenţia deosebită cu care au binevoit a ne sta la dispoziţie, devenind preţioase ajutoare, în tratamentul, îngrijirea şi alinarea suferinţelor răniţilor noştri. Cu o vie recunoştiinţă o să ne amintim întotdeauna de prea frumoasa colaborare dată nouă din partea membrelor neobosite ale Crucii Roşii locale în frunte cu D-nele: D-r Debu şi D-r Nistor, tot timpul activităţii noastre, în cadrele acestui spital. Astfel contribuţia de muncă, pricepere şi devotament pe care membrele dela Crucea Roşie a adus-o spitalului nostru, a fost la înălţimea frumosului renume a acestei societăţi.

După vreo trei luni de funcţionare, din cauza desconcentrărilor unor colegi şi a mobilizărilor pe front a altora, numărul medicilor la acest spital s'a redus la trei: D-l Maior D-r Fink E., care ajunge comandantul Spitalului, subsemnatul ajutor de comandant şi D-na Locot. asimilat D-r Ungureanu; iar capacitatea rămânând de 250 paturi.

Cu toată modestia localului unde funcţionam, faţă de cerinţele imperioase ale unui spital de chirurgie, dela începutul războiului şi până în luna Aprilie 1942, când ajunsesem Comandantul spitalului, numai pentru câteva săptămâni, ca apoi spitalul să treacă sub directa conducere a Ministerului Sănătăţii, fiind astfel desconcentrat, am avut următoarea situaţie în mişcarea răniţilor noştri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Situaţia numerică la 20 Aprilie 1942

	Prezenţi	Evacuaţi	Permisie medicală	Concediu medical	Direct la corp	Reformaţi temporar	Amânaţi cu concediu dela 120–180 zile	Reformaţi definitiv	In judecată	Morţi	Total ofiţeri	Total subofiţeri	Total trupă
Ofiţeri	—	4	—	4	2	—	—	—	—	—	10	—	—
Subofiţeri	2	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	8	—
Trupă . .	61	246	119	315	—	8	23	88	1	2	—	—	962
Total	163	253	119	322	2	8	23	88	1	2	—	—	—
Total general													980

Deci un total general de 980 răniţi, ce s'au perindat în spitalul nostru. Numărul operaţiilor executate a fost de 224, cu următoarea repartizare:

1) Amputaţii ale membrelor in număr de 13 cazuri
2) Apendicite „ 4 „
3) Hernii „ 5 „
4) Extracţii de corpuri străine „ 92 „
5) Plăgi cu leziuni nervoase „ 3 „
6 Procese osteomielitice cu fistulizaţii „ 106 „
7 Orchiepididimită bacilară „ 1 „
8) Aparate gipsate „ 85 „

Deci un total de 224 operaţiuni şi 85 aparate gipsate.

In ceea ce priveşte tratamentul medico-chirurgical, aplicat răniţilor noştri, ţin să precizez că de obiceiu plăgile şi în special cele cu focare de fractură au fost pansate cu soluţia Menciere, dându-ne rezultate admirabile; de altfel importanţa acestui medicament a fost relevată în anul acesta din partea D-lui Prof. I. Iacobovici, cu ocazia unei conferinţe ţinută aici la Sibiu, asupra tratamentului plăgilor de războiu. Iar în ceea ce priveşte imobilizarea fracturilor la membrele superioare, am făcut uz de aparatele de abducţie cu anteducţie a lui Cristen-Böhler, iar pentru membrele inferioare nedispunând de alte aparate ca Braun-Böhler cu extenzie transscheletică şi potcoavă cu broşe Kirchner, am improvizat aparatele Lardennois, dându-ne rezultate destul de satisfăcătoare.

In general, tot timpul activităţii la spital au fost 2 morţi, deci o mortalitate destul de redusă, faţă de totalul răniţilor ce au rulat prin spital şi meritul mai mare nefiind al nostru, ci al colegilor noştri aflaţi în zona operativă, prin primele ajutoare pe care au binevoit să le dea, cu o deosebită competinţă răniţilor pe front.

Rezultatele atât de frumoase la cari am ajuns în terapeutica noastră se datoresc şi înţelegerii mari pe care am avut-o tot timpul din partea Ministerului Sănătăţii şi a Crucii Roşii locale, în aprovizionarea cu cele mai bune şi scumpe medicamente-specialităţi (ex. sulfamidele, etc.) şi de cari am făcut foarte mult uz, atât per os cât şi parenteral, fiind absolut necesare în complectarea tratamentului nostru chirurgical.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cum subsemnatul în calitatea mea de Ajutor de comandant şi ulterior de Comandant al spitalului, am mai fost încredinţat din partea Garnizoanei locale şi cu alte multiple funcţiuni, între cari şi aceea de medic legist al Curţii Marţiale Braşov, pentru executarea de autopsii la lagărul de prizonieri ruşi dela Vlădeni—Braşov, sigur că a trebuit să întâmpin o serie de dificultăţi, pentru ca bunul mers al spitalului din toate punctele de vedere medical şi administrativ să nu lase de dorit. Astfel, trebuia cel puţin de două ori la săptămână să mă deplasez la acest lagăr pentru executarea de autopsii şi această funcţiune în plus îmi răpea un timp de aproape 12 ore, când lipseam dela spital în mod forţat şi cu toate protestările mele verbale şi în scris, trebuia din lipsă de alţi medici, să îndeplinesc şi această funcţiune, deşi riscul răspunderii mele pentru bunul mers al spitalului era destul de mare. Astfel mi-am continuat această activitate şi de medic legist timp de aproape 5 luni de zile, executând 178 de autopsii. Ţin cu această ocazie să subliniez rezultatele acestor diverse autopsii. Din totalitatea acestor decese unul singur a fost prin moarte violentă (în urma unei fracturi a bazei craniului, fiind lovit de un alt prizonier), iar restul de 177 au fost prin moarte naturală; dintre aceştia 151 au sucombat prin tuberculoză pulmonară cavitară, prezentând caverne tipice; 6 cazuri prin miocardită; alte 6 cazuri prin peritonită bacilară şi restul de 14 cazuri prin pneumonii contractate în timpul iernii. Tot cu această ocazie mi s'a dat să văd cazuri interesante de edeme caşectice, pe bază de avitaminoză sosite astfel de pe front şi cari prin alimentaţie bună şi grije raţională a organelor noastre conducătoare militare şi sanitare au dispărut, bolnavii devenind sănătoşi.

Astfel studiind cazurile de îmbolnăviri din acest lagăr de prizonieri ruşi, am putut observa că deşi patologia războiului este dominată în general de chirurgie, totuşi nu este mai puţin adevărat că sunt momente când datorite condiţiunilor grele ale războiului (intemperii, oboseală fizică şi intelectuală, privaţiuni de tot felul, alimentaţie defectuoasă, diferite infecţiuni, etc.), patologia medicală poate dacă nu să depăşească pe cea chirurgicală, cel puţin să o egaleze. Şi în afară de patologia medicală obişnuită din timp de pace, în timp de război se întâlnesc boli şi afecţiuni cari sunt strâns legate de circumstanţele inerente vieţii de campanie. Aceste boli după caz, pot avea o evoluţie acută, subacută sau cronică. Iar unele sunt primitive, apărând la indivizi cari au fost complect sănătoşi înainte de mobilizare; altele însă din contră sunt numai episoade de reactivare ale unor leziuni anterioare, vindecate numai aparent. Astfel că din acest punct de vedere se poate spune că războiul este un adevărat revelator al tarelor organice latente. In această din urmă categorie de boli pulmonare, pun eu cazurile de 151 prizonieri ruşi sucombaţi prin tuberculoză pulmonară cavitară şi care denotă starea de mizerie fizică, în care au trăit din frageda copilărie până la vârsta adultă, când au fost recrutaţi şi mobilizaţi, fără o prealabilă triare şi selecţionare. Impresionat de rezultatul anatomo-patologic al acestor necropsii, în referatul medical înaintat Comandantului lagărului, am propus ca mijloc de stăvilire într'o oarecare măsură a mortalităţii prin tuberculoză pulmonară, depistarea printr'un examen serios clinic şi radiologic a tuturor cazurilor infectate cu această boală, de o contagiozitate atât de mare şi periculoasă, precum şi izolarea lor în baraci special amenajate. Lucru care s'a şi pus în aplicare după desconcentrarea mea prin grija neobosită a Comandantului lagărului D-l Locot.-Colonel Niţescu, secondat cu multă pricepere în acţiunea sa salutară, de echipe de medici specialişti. De altfel atenţia deosebită cu care erau trataţi prizonierii din acest lagăr de către organele militare conducătoare, reese şi din faptul demn de remarcat, că a fost printre puţinele lagăre, care nu a avut niciun caz de tifos exantematic, din cauza măsurilor riguroase de igienă şi profilaxie, cari au fost cu deosebită atenţiune aplicate şi controlate.

Cu toată activitatea mea multiplă medicală şi administrativă, pe lângă răspunderea mea personală în legătură cu bunul mers al spitalului, având de executat şi o serie de alte atribuţiuni de ordin sanitar la alte unităţi şi formaţiuni sanitare, m'am gândit să realizez şi o activitate extra-medicală în legătură cu educaţia culturală, naţională şi morală a răniţilor noştri, mai ales că mulţi dintre ei din cauza felului în care au fost răniţi, erau sortiţi să stea cu lunile în spitalul nostru. Şi în această ramură de activitate atât cât timpul disponibil îmi permitea, am fost onorat de prea preţioasa colaborare a Societăţii Crucea Roşie, în frunte cu D-nele D-r Nistor şi D-r Debu.

Programul acesta de activitate a constat pe de o parte dintr'o şcoală ce funcţiona zilnic între orele 16—18 pentru răniţii necunoscători de carte şi care era condusă de sergentul invalid Puţaru G., internat ca rănit la noi în spital şi de profesiune învăţător în viaţa civilă. Astfel, spre mulţumirea noastră a tuturora, aceşti eroi şi luptă-

tori ai neamului, dându-şi aceeaşi sârguinţă şi deosebită atenţiune, cu aceeaşi râvnă şi dorinţă sacră de a-şi lumina mintea şi sufletul, cu acelaşi devotament şi voinţă oţelită şi cu aceleaşi mâni victorioase de pe întinsele fronturi ale războiului, au reuşit într'un timp relativ scurt să-şi exteriorizeze tocmai la această vârstă adultă, nu numai frumoasele calităţi înnăscute şi moştenite dela strămoşii noştri Daco-Romani ca bravi şi curagioşi luptători, ci şi pe acelea de a-şi însuşi cu rapiditate slovele cărţii şi scrisului românesc, în comoara neprefuită şi curată a sufletului lor. Mare a fost bucuria lor şi satisfacţia noastră sufletească, când la părăsirea serviciului nostru spitalicesc, trebuind să treacă fiecare din ei prin comisia de clasare, au fost în stare spre mândria lor, să-şi iscălească numele lor complect pe fişa lor individuală şi nu să fie nevoiţi a-şi aplica numai pulpa digitală. De altfel această însuşire sufletească, o să le constituie un preţios ajutor pe mai departe şi în viaţa civilă.

A doua şcoală am înfiinţat-o pentru restul răniţilor internaţi în spitalul nostru şi cunoscători de carte şi care consta din conferinţe şi lecturi ţinute în fiecare după masă, fie de subsemnatul, fie de membrele Societăţii Crucea Roşie, cu subiecte fie din istoria şi literatura românească, relevând întotdeauna măreţele fapte istorice din trecutul neamului nostru, precum şi învăţămintele extrase din lecturile celor mai mari scriitori ai neamului; fie cu subiecte din viaţa Mântuitorului nostru Iisus Christos, când mai als în preajma marilor sărbători bisericeşti din decursul anului, căutam să analizăm suferinţele Mântuitorului, a Celui ce s-a jertfit pentru omenirea întreagă, comparându-le cu suferinţele lor, cari s'au jertfit pe altarul scumpei noastre Patrii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In acelaşi timp am introdus şi un concurs de ghicitori: în fiecare seară dându-le spre deslegare câte cinci ghicitori, cu promisiunea solemnă că la sfârşitul concursului, cu o deosebită solemnitate se vor împărţi premii în bani celor mai buni dintre ei, adică celor care au fost în stare să deslege cel mai mare număr de ghicitori. Am ajuns până la 300 ghicitori şi tot timpul am observat din partea tuturor răniţilor, o atenţiune deosebită, lucrând fiecare individual — fiind vorba de concurenţă, — pentru ca astfel la sfârşit să-şi poată lua cu prisosinţă roadele muncii depuse. Rezultatul concursului a fost cât se poate de satisfăcător, împărţindu-se premii în bani, în valoare de aproximativ 5000 lei.

In felul acesta am reuşit, ca celor mai mulţi dintre răniţii spitalului nostru, cari, în afară de preocuparea de dimineaţă cu pansamentul şi uneori cu injecţiile, sau cu câte o intervenţie chirurgicală printre cei recent sosiţi în spital, să le pot da în restul zilei o îndeletnicire serioasă şi profund morală, fiind cu toţii foarte veseli de bagajul de cunoştiinţe în plus, cu care se vor reîntoarce în mijlocul familiilor lor, pe lângă obţinerea unei însănătoşiri corporale.

Cu vie recunoştiinţă îmi aduc aminte, cum în toată această muncă spirituală depusă, am avut onoarea să primesc absolut necesara şi preţioasa colaborare morală şi materială din partea Societăţii Crucea Roşie, în frunte cu D-nele D-r Nistor şi D-r Debu, cari s'au îngrijit tot timpul cu o vie însufleţire şi iubire de neam, să facă rost de

toate obiectele necesare funcționării acestor școli: caete, creioane, coli de hârtie, cerneală, cretă, etc., precum și de retribuția băneasca a celor mai destoinici dintre răniți, reușiți la distribuirea premiilor. De altfel tot în cadrele acestei activități culturale din sânul spitalului, am reușit să ne manifestăm cu răniții noștri, cu ocazia diverselor sărbători naționale și bisericești, prin programe muzicale și artistico-culturale, executate atât de frumos, cu toate suferințele încercate. Am căutat să evidențiez în linii generale și această activitate spirituală depusă în sânul spitalului nostru, ce s'a încheiat cu un bilanț atât de frumos și rodnic, demn de fiii cei mai buni ai neamului nostru.

Răniții noștri au prețuit cu vie recunoștiință bunele îngrijiri ce li s'au dat și solicitudinea cu cari au fost înconjurați păstrând cu respectuoasă dragoste la căpătâiul patului lor, portretul D-lui Mareșal Ion Antonescu, Conducătorul Statului.

Trebue să mai remarc de asemenea colaborarea activă și prețioasă a laboratorului de igienă de sub conducerea D-lui D-r Căliman, unde s'a efectuat cu o competință recunoscută, toate analizele necesare spitalului nostru.

Spitalul nostru a fost, pe rând onorat de Inalta prezență a Majestății Sale Regele Mihai I și a Majestății Sale Regina Mamă Elena, ostașii noștri primind din Augustele mâni daruri însoțite întotdeauna de o vorbă bună de mângâiere și încurajare, ce s'a revărsat asupra suferințelor lor, ca un adevărat balsam vindecător.

Apoi D-na Maria Mareșal Antonescu ne-a vizitat la fel serviciul nostru spitalicesc, interesându-se de gospodăria noastră, completând lipsurile, satisfăcând doleanțele și împărțind diferite daruri răniților noștri. Am mai avut și alte multe inspecții din partea Comandanților militari în frunte cu D-l General Deliceanu, precum și din partea organelor sanitare în frunte cu D-l Ministru al Sănătății, rămânând cu toții mulțumiți de activitatea depusă.

Grație acestei armonioase colaborări din sânul spitalului nostru între corpul medical și Societatea Crucea Roșie, deși adăpostiți într'un local improvizat, am reușit spre mulțumirea noastră, să ajungem la rezultate terapeutice cel puțin tot așa de bune, ca și a altor spitale, mai norocos instalate, în localuri mai luxoase și mult mai bine amenajate.

BIBLIOGRAFIE:

1) *Academia de Medicină din România:* Probleme de Medicină de război (1940).

2) *D. Căprioară:* Considerațiuni cu privire la organizarea și funcționarea serviciului sanitar în Campania actuală. (Ardealul medical No. 12 din Dec. 1941).

3) *Al. Lambescu:* In legătură cu chirurgia în spitalele de campanie de prima linie (Mișcarea Medicală Română No. 1—2, Ian. Febr. 1943)

4) *Porumbaru:* Probleme chirurgicale la un spital de campanie de prima linie și câteva observațiuni (România Medicală No. 3 din 1 Febr. 1943 .

5) *M. A. N. Direcția Superioară Sanitară:* Instrucțiuni tehnice sanitare 1942.

6) *M. A. N. Direcția Superioară Sanitară:* Instrucțiuni provizorii asupra organizării și funcționării serviciului sanitar în campania 1942

Somn liniştit
deşteptare plăcută
prin

NOCTAL

Descompunere complectă şi rapidă în organism.

Limite largi de dozare.

Nu dă obişnuinţă chiar după o utilizare îndelungată.

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

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CHIRURGIA ROMÂNEASCĂ *)

de

D-r V. GOMOIU

Doamnelor şi Domnilor,

Imi dau bine seamă că, — cu toată importanţa lui, — subiectul pe care-l tratez poate să nu fie prea atrăgător, iar o expunere stângace a multelor date istorice pe care le comportă, poate să-l facă obositor sau plictisitor, căci nu îngăduie niciun patetism compensator. Fiind însă vorba de împlinirea unei datorii, am îndrăsnit, — în speranţa că veţi binevoi să-mi acordaţi toată răbdarea D-voastră, — iar ca să netezesc drumul pe care o să umblăm, voiu începe prin a lămuri: ce a fost — sau ce este — „Chirurgia" în genere, şi apoi să vedem cum a fost — sau, care este — cea românească.

Rog să nu ia nimeni în nume de rău această introducere, căci — cu excepţia celor care o profesează, — unii au considerat chirurgia ca ceva scabros şi degradant, pe când alţii o socotesc nobilă şi frumoasă; — unora le apare ca o ştiinţă foarte grea, pe când alţii o consideră ca o jucărie manuală; — unii văd într'însa un apostolat de esenţă divină, iar pentru alţii pare o simplă întreprindere pământească, ce poate să fie exploatată sau frustrată, de o parte sau de alta din contractanţi — adică, de bolnav sau de chirurg. Unii pretind că chirurgul nu are suflet, pe când alţii îi atribuie prea mult; — unii cred că pentru a fi bun chirurg trebue să ai talent, ca la vioară — adică, să fii născut pentru aşa ceva, pe când alţii sunt convinşi de posibilitatea ori cui, dacă vrea să înveţe; — şi, aşa mai departe.

Ei bine. Printre foarte puţinele definiţii câte s'au încercat, veţi afla — de pildă, în „Dictionnaire de Médecine" al lui Littré, — că, termenl „chirurgie" provine din împreunarea cuvintelor greceşti „heir" (adică, mână) şi „ergon" (adică, lucrare), şi, ar însemna o „lucrare cu mâna". După această definiţie însă, — orice spintecare a pântecelui, cu custura, — sau tăierea gâtului, cu satârul, — sau spargerea capului, cu toporul, ori cu piatra, — şi chiar jupuirea berbecului, sau poate şi îmbălsămarea cuiva, — ar face parte dintre acţiunile chirurgicale, fiindcă în toate este vorba de o lucrare, cu mâna, — dar, se înţelege bine că nu este aşa.

*) Conferinţă inaugurală ţinută în Ateneul Român, la 14 Noembrie 1943. Comprimând conferinţa, — ca să nu depăşească timpul fixat, — autorul a omis unele din pasagiile tipărite cu „petit".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ceva mai prudent, dicționarul „Larousse médical" spune că „chirurgia este partea medicinei care privește afecțiunile în care o intervenție operatoare poate să fie necesară". Dar, exceptând prostia, și surorile ei — care s'au dovedit incurabile prin orice mijloc, — care alte boale au scăpat intervenției operatoare? — când, se știe că s'a încercat tratamentul chirurgical până și în contra oftice, a reumatismului, și chiar a bătrânetii. Afară de aceasta, nu știu dacă trebue să considerăm mahomedanismul sau portul cerceilor ca o boală, dar, nu se poate contesta că circumcizia — impusă de religie — ca și perforararea urechilor — care se practică în scop estetic, — sunt intervenții operatorii; — cu alte cuvinte se face chirurgie chiar acolo unde nu este vorba de boală, — și ca atare, chirurgia nu poate să fie considerată ca o parte a medicinei. Contrariul ar fi mult mai ușor de susținut, căci, pe vremuri, doctorul punea diagnosticul, — de pildă: hernie, sau piatră la bășică, ori apendicită, etc. — și chirurgul tăia, pe când astăzi, fiecare chirurg stabilește singur mai întâi diagnosticul și după aceia taie. Și apoi, chirurgul, nu este el obligat să trateze singur atâtea boale interne, concomitente sau post-operatorii, ca, diabetul, congestia pulmonară, etc.

Iată pentru ce alții — încă mai prudenți — ca de pildă „Dictionnaire des sciences médicales" a evitat orice definiție, mărginindu-se să spună că „Chirurgia și medicina sunt unite prin legături foarte strânse și că hotarele pe care au vrut unii să le pună între ele, sunt totdeauna arbitrare". „De aceea — zice autorul — nu se poate scrie istoria uneia din aceste ramuri ale artei de a vindeca, fără a pătrunde mai mult sau mai puțin în domeniul celeilalte".

Ei bine. Lăsând la o parte discuțiile menite să facă deosebirea dintre știință și artă, și, ținând seamă că tocmai dificultatea unei astfel de precizări a determinat pe unii să cuprindă atât medicina cât și chirurgia — împreună cu specialitățile lor — sub denumirea de „arte sanitare", pe când alții le numesc pe amândouă „științe medicale", — eu cred că pentru Chirurgie se potrivește cu atât mai bine definiția dată Medicinei, numind-o „știință vastă prin complexitatea ei" și în același timp „artă înaltă și nobilă prin scopul ei". Căci, pentru a răspunde întrebărilor primordiale ale chirurgiei: „dacă" tai, sau „când" trebuie să tai, și „pe unde" să tai, — se cere numai știință; pe când arta — amestecată și ea cu știința — este rezervată doar întrebării: „cum" tai?

Indiferent însă de calificativul sau denumirea pe care le-am da-o, adevărul este că, la început, chirurgia — ca și medicina — a născut din instinct și a fost practicată de fie cine, sub imboldul nevoii de a-și scoate viermii, ori a-și îngriji ranele făcute de accidente ori de fiare. De aceea, fiindcă boala survine mai mult sau mai puțin târziu și numai la unii, iar accidentul s'a putut întâmpla ori cui și la orice vrâstă, — mulți consideră că chirurgia a fost mai veche decât medicina.

Doamnelor și Domnilor,

Evoluția chirurgiei, la diferitele popoare, este — fără îndoială — foarte importantă, dar, orice rezumare ar depăși prea mult timpul limitat pentru această conferință, — care, și altmintreli poate să mă pună în oarecare desacord cu programul.

De aceea. Trecând peste ce se chiamă medicina şi chirurgia cea mai veche, — amintesc doar că, după arderea vestitei biblioteci şi închiderea şcoalei din Alexandria, chirurgia egipteană — care se ridicase deasupra celorlalte, — a apus de tot, pe când cea greacă — chiar dacă a pălit foarte mult — a perzistat în oarecare măsură, graţie elementelor angajate pentru nevoile armatelor elino-macedoniene. Ba mai mult. După exemplul lui Xenofon, al lui Alexandru şi al urmaşilor, înşişi Romanii — care, până atunci n'au avut alţi medici decât empiricii băştinaşi, — au angajat şi ei, pentru armatele lor, din acest fel de chirurgi, pe care i-a numit „vulnerarii".

Ei bine. Unii din acei vulnerarii — Pedanius Dioscuride, Lucius, Apuleius, Criton, Aemilius Decimus, Marcus Valerius Longinus, şi poate încă alţii pe care nu-i ştiu — au ajuns şi pe la noi, însoţind armatele romane care au ocupat Dacia. Din nefericire însă, Pedanius Dioscuride — care a devenit celebru prin lucrarea sa „Despre Materia Medicală" — a fost revendicat de alţii, iar nouă ni s'a lăsat numai ceilalţi „călători", care au murit în anonimat.

Ori cum ar fi, făcând abstracţie de nebuloşii Zalmoxis, Darzaleos şi alţi similari, putem afirma că, — pomeniţii „vulnerari" au fost primii noştri chirurgi — sau medici — mai mult ori mai puţin învăţaţi sau titraţi, — iar lanţetele, cauterele şi celelalte instrumente descoperite la Turnu-Severin, sau aiurea, fac dovada profesiunii lor.

Inainte de ei, chirurgia — ca şi medicina — acestor locuri, a fost practicată de băştinaşii fără titluri, — numiţi mai încoace „babe" sau „moşi" şi pe alocuri „vraci", — care, au şi rămas de altfel multă vreme singurii noştri lecuitori (vindecători).

Un fel greşit de a judeca lucrurile, a făcut să se vorbească totdeauna cu dispreţ de empiricii noştri, — fără să se ţină seamă că, până la o vreme, nici presupuşii savanţi ai altor popoare nu puteau face mai mult în ceea ce priveşte chirurgia. Căci, a ne raporta la ştiinţa lui Hippocrate, ar însemna să admitem că profesioniştii de după dânsul, ştiau tot ce cuprind tratatele lui, — sau, că reuşeau a face tot ce este scris într'însele; — dar, o atare judecată ar fi prea străină de adevăr.

Este, fireşte, profund regretabil, că nu am avut şi noi în vechime o serie de savanţi de talia celor din alte neamuri, — pe care 'i-a înregistrat istoria, — dar, faptul este perfect explicabil. In schimb, dacă nu toţi, cel puţin unii din vechii noştri emprici erau comparabili cu masa profesioniştilor din ori care ţară, — căci, cunoşteau o sumă de practici chirurgicale, iar unii le executau chiar artistic şi s'au bucurat de faima locală a unor savanţi; — ştiau, de pildă, să trateze fracturile, să reducă luxaţiile şi să oblojească încheieturile, — ştiau „să tragă", adică să facă masagiul, — puneau bine ulceaua, adică ventuzele, — ştiau să luse sânge şi să oprească hemoragia, scoteau dinţii, — făceau spânzarea, şi cunoşteau o mulţime de tonice contra inflamaţiilor. Ba încă. In afară de moşit şi de celelalte operaţii instinctive, s'au arătat maeştri în unele practici chirurgicale veterinare, ca de pildă: puncţia abdomenului, castraţia, şi chiar trepanaţia capului — la oi, contra căpielii. Ba încă, unii au întreprins chiar anumite operaţii oculare — ca răzuirea pterigionului, — servindu-se de o para tocită (adică, ascuţită), sau de o trestie spintecată.

Digitized by Central University Library Cluj

iar dacă examinăm mai de aproape chirurgia epocei, — nu cea cuprinsă în cărţile lui Hippocrate, ci aceia care era practicată curent, — vom constata că nici profesioniştii socotiţi ca învăţaţi, ai altor popoare, nu ştiau cu mult mai mult.

Va fi poate curios să afle cineva că, până la angajarea vulnerariilor de care pomenii, însăşi faimoasa Roma n'a avut niciun medic titrat, iar nevoile poporului şi ale războinicilor au fost împlinite de acelaşi fel de empirici ca şi ai noştri. Abia către anul 200 înainte de Christos s'a stabilit acolo primul medico-chirurg, un anume Archagatus. La început a fost tratat cu mare consideraţie, dar foarte curând i s'a retras toată încrederea, fiindcă întrebuinţa prea dese ori fierul roşu, — iar chirurgia a devenit odioasă tuturor. Ca reacţie, s'a ridicat atunci censorul Cato, care, nu admitea de cât un singur remediu: varza, sub toate formele. Cu varză trata el inflamaţiile, plăgile şi ulcerele, — ba chiar fracturile şi luxaţiile; — în fistule, introducea cocean de varză, sau injecta zeamă de varză, iar contra polipilor nazali, întrebuinţa varza uscată, pulverizată.

Aşa fiind. De ce să se mai mire cineva de ceea ce la fost la noi, dacă aceasta era starea de lucruri din strălucita Roma, peste care a mai trecut altă sută de ani până ce să mai vadă al doilea medic, în persoana lui Asclepiade, care a fermecat lumea cu deviza lui vindecătoare: „tuto, cito, jucunde".

Din nefericire însă, după retragerea armatelor romane, locuitorii ţinuturilor noastre au rămas mai departe în bătaia altor vânturi şi supuşi altor devastări sau prădăciuni, pe când adăposturile occidentalilor au favorizat evoluţia lor către civilizaţia de care ne minunăm. In vreme ce vracii noştri au fost nevoiţi să muncească alături cu producătorii şi să lupte în rândurile apărătorilor, — (din contră), carele cu aur duse de aici şi de ajurea, a îngăduit Romei — ca şi altor centre — să întreţină o clasă de consumatori care s'au dedat numai medicinei. Iar după ce aflăm că Cesar şi August acordase acestora dreptul de cetăţenie şi favoarea să poarte inel de aur, ne explicăm lesne faptul că în primele secole după Christos, — în afară de cunoscuţii Plinius şi Dioscuride, şi de celebrii Celsus şi Galen din Pergam, — au apărut în Roma atâtea ilustraţii

(— Scribonius Largus, Anthero, Pamphile şi Euporiste, Thessalus din Tralles, Archigene din Apamea, Heliodor, Rufus şi Soranus din Efes, Areteu din Capadocia, Leonidas din Alexandria, Antyllus, Philagrius şi atâţi alţii),

graţie cărora s'au realizat însemnatele progrese medico-chirurgicale.

După căderea imperiului roman însă, s'a petrecut acelaşi proces, ca şi după căderea puterii eline, — căci, odată cu dispariţia bogăţiei a încetat şi avântul ştiinţific, iar medicina şi chirurgia au revenit la starea de empirism în care rămăsese la noi, din cauza aceloraşi împrejurări.

Iar ca să înţeleagă şi străinii, de ce n'au putut Românii să ţină pasul în evoluţia culturală a Occidentului, voiu reproduce jelania unui istoric de-ai lor, care spunea următoarele:

„Spectacolul cel mai dezolant se oferă privirilor care se îndreaptă asupra Occidentului din Secolul al V până la al XI-lea. Multă vreme

hoardele barbare s'au aruncat asupra imperiului roman, și după ce-l răstoarnă prin lupte sângeroase, se iau la bătaie între dânșii pentru a-și împărți provinciile. Supuse la invaziuni succesive, acestea primesc noi lovituri dela noii stăpâni, care se schimbă foarte des: orașele cele mai înfloritoare sunt prădate, iar locuitorii masacrați sau reduși în sclavie. Monumentele științelor și artelor au fost mutilate sau distruse, iar manuscrise prețioase au dispărut pentru totd'auna. Forța, viclenia și violența devin legea supremă".

Vedeți, — parcă vorbește unul de-ai noștri, despre țările noastre!

Istoricii de seamă au conchis că în acea perioadă „chirurgia era profesată de laici, iar medicina de către preoți", — și că, aceștia erau reduși la câteva tradiții rutiniere. „Este demn de remarcat — zice jeluitorul de mai sus — că, autorii greci au fost uitați complect, din cauza lipsei manuscriselor, sau din cauza că nu era cine să-i înțeleagă". Ba încă, „decadența medicinei — zice el — a fost mai grăbită și mai complectă decât a celorlalte ramuri de cunoștințe. Călugării — care, prin situația lor, mai erau în stare să se ocupe de studii, — erau singurii depozitari ai artei de a trata bolnavii. Rugăciunile, invocarea sfinților și aplicarea reliquelor, au fost foarte adesea singurele remedii întrebuințate de acești succesori ai lui Hippocrate".

Adică, la Roma s'au petrecut lucrurile exact ca și la noi.

Alți istorici însă contestă monopolul preoților, — și scuză cu atât mai mult starea dela noi, — spunând că „practica medicinei, în Roma și alte orașe, era liberă; fiecare putea să o exercite, fără niciun titlu, pe riscul său; — ea ar fi fost profesată de clerici și de laici, de creștini și de evrei, de medici și de chirurgi, de doctorițe și de moașe, de bărbieri și de băiași, etc. Majoritatea acestor terapeuți — zice istoricul — era complect ignorantă și cu toate acestea aveau oarecare grade".

In asemenea împrejurări, faima de mai înainte a medicinei și a chirurgiei romane a trecut asupra celei byzantine, care a înscris pe Basilios din Cesarea, pe enciclopedistul Oreibasios, pe Alexandru din Tralles, Paul din Aegina, etc. — și a făcut apoi loc celei arabe, care s'a ilustrat în Orient prin Ibni Sina sau Avicenna, prin Harun al Raschids, Iohannitius, Alkindus, Ibn Zaharia sau Razes, și a ajuns până în Spania, prin celebrii Abulkasim, Avenzoar, Maimonide, etc..

De îndată însă ce și puterea arabă începe să scade iar republicile italiene se întăresc, — se redeșteaptă emulația; — lumea se dedă cu ardoare comerțului și industriei, și în același timp se întoarce către arte și științe. Ba încă, după Academia de științe dela Viviers, papii Grigorie cel Mare și Honoriu III, fondează o seamă de școli medico-religioase „ad salutem corporis inventa", iar la sfârșitul secolului al X-lea, s'a înființat vestita școală medicală laică din Salerna, la care a profesat celebrul Constantinus Africanus. Exemplul acesteia a fost destul de repede urmat, căci în 1137 s'a fondat școala din Montpellier, și tot cam pe atunci cea din Bologna; — pe la 1200 s'a creeat Universitatea din Paris, — în 1222 cea din Padova, în 1224 cea din Neapole, și așa mai departe.

Ca o consolare — și în același timp, pentru explicarea sau justificarea situației dela noi, — amintesc că până la acea dată — adică, până la edictul medical din 1240 al lui Frederic II, — nici lumea germanică și toate țările nordice, n'au avut niciun medic sau altă me-

dicină decât a noastră, — adică, cea practicată de respectivii empirici. In anul 1348 însă Germanicii au fondat Universitatea din Praga, în 1365 pe cea din Viena, în 1368 pe cea din Heidelberg, în 1409 pe cea din Leipzig, şi apoi celelalte.

In părţile mai liniştite — ale Ardealului — am avut şi noi, chiar mai înaintea altora, oarecare titraţi, care erau în acelaşi timp preoţi şi medico-chirurgi.

Aşa a fost acel Jacob Wesseleny din 1276, — acel Paul care a profesat în Oradea pe la 1332, Ladislaus Demendi în 1333 şi Andrei Eugubioi în 1345, iar în 1395 cu prilejul expediţiei contra Moldovei, regele Sigismund a conferit unui oarecare Demetrius Transilvanus, titlul de doctor, ca răsplată pentru serviciile — de sigur chirurgicale — pe care le adusese armatei. Apoi tocmai în 1418, mai aflăm pe un Johanes Megirling, — în 1427, un Peter Wep, — în 1428, pe Johan din Cluj, — în 1460 pe un Bartolomeus, — şi, poate că vor mai fi fost încă alţii pe care nu i-am aflat.

In schimb, în zbuciumatele principate române — Moldova şi Valachia — abia în 1460, aflăm la curtea lui Ştefan cel Mare, pe un genovez Ivane, care era numit „maestro barbero", iar în 1465 apare, tot acolo, în Suceava, primul individ care se intitulează medic; — este vorba de italianul Dorino Cataneo, care, în acea vreme cumula profesia de bărbier, cu funcţia de medic al Curţii lui Ştefan, şi era în acelaşi timp „mare vameş" al Moldovei.

Cu prilejul rănirii din 1475 şi apoi a bolnăvirii voievodului Ştefan, au fost aduşi mai mulţi medici străini ca să-l curarisească, — dar, neghicindu-i boala, aceştia l-au chinuit degeaba arzându-i rana, cu fierul roşu, — până ce a murit pacientul, — ca şi când empiricii noştri n'ar fi putut să facă aceeaşi ispravă mai pe ieftin.

Curând după aceia, în 1517, aflăm la Curtea lui Neagoe Basarab, pe ragusanul Girolamo Mathievich, care se intitula „medicus chirurgus, servitor illustris domini Bassarachi", — şi, este de reţinut că, prin această titulatură, se pomeneşte la noi pentru prima dată cuvântul „chirurg"; — ba încă, este vorba de primul chirurg oficial.

De aci înainte, în epoca dintre 1500—1700, au pătruns şi la noi peste douăsute de aceştii medici sau chirurgi. In vreme însă ce pe firmamentul străin al ştiinţei şi al profesiunii chirurgicale străluceau numele lui Ugo Borgognoni, Guglielmo de Saliceto, Guy de Chauliac, Johan Yperman, Branca, Ambroise Paré, Fabricius de Hilden, etc., — la noi, abia s'ar putea vorbi de primul medic care a ajuns la oarecare faimă; — mă refer la acel Thomas Jordanus — poate, fost Iordan Toma — care s'a născut la 1539 în Braşov, dar a fost revendicat ca sas.

Este de notat însă că, chiar dintre obscurii profesionişti care făceau de toate, fără să ştie de niciuna, — foarte puţini s'au prezentat la noi ca chirurgi. Unul din aceştia, Joanes Hess sau Hessus, era în 1540 chirurg oficial al Braşovului, dar când a venit în Moldova ca să îngrijească pe voievodul Ştefan V Lăcustă, i s'a zis „doctor" şi mai la urmă a ajuns spiţer. In schimb, în 1597, un anume Petz sau Pezzeu, care era „medicul" lui Rudolf II, a venit aici — ca „chirurg" — să îngrijească pe Mihai Viteazu care suferise un accident.

Şi. Fiindcă pomenii de Mihai Viteazu, merită să amintesc că el

pare să fie primul care a organizat un oarecare serviciu chirurgical de război — asemănător aceluia al vulnerariilor romani, — de vreme ce se spune că a cerut să i se aducă mulţi bărbieri pentru nevoile armatei care pleca la luptă. Nu se ştie dacă aceştia erau români sau străini, dar sigur este că îngrijirea poporului, în vreme de pace, a continuat să rămână, ca o chestiune particulară, pe seama băştinaşilor, — şi, de sigur că tot ei au îngrijit pe nevoiaşii adăpostiţi între 1369—1509 în bolniţele Vodiţei, a Tismanei şi a Bistriţei.

Fără să putem preciza unde — sau dela cine — au învăţat, şi până unde se întindeau cunoştinţele lor, sigur este că şi unii din aceşti empirici ai noştri au ajuns la mare faimă, de vreme ce între timp, atâtea obraze scumpe s'au dat pe mâna lor.

De pildă: In 1509, Mihnea cel Rău a fost îngrijit de un Petre zis „doctoru", pe care l-a boierit, fiindcă a fost mulţumit de el; — în 1534, Vintilă Vlad al Ţării Româneşti a adus pe Grigore „bărbierul", din Braşov, ca să-i taie rană şi să-i pună lipitori; — în 1536, acelaşi Grigore a îngrijit pe Petru Rareş, iar în 1542 acesta a fost tratat de un ardelean Gheorghe şi de Ştefan „bărbierul", din Bistriţa; — în 1544, un Radu „vraciul" a tratat pe Radu al VII Paisie; — în 1545, acelaşi Gheorghe de mai sus a îngrijit pe Mircea Ciobanul, care-l numeşte Gheorghe „vraciul", iar în 1547 se mai afla în Braşov un Toma „chirurgul"; — în 1553, aceeaşi „bărbieri" Grigore şi Ştefan de mai sus. au îngrijit pe Alexandru Lăpuşneanu, dar, se vede că nu i-a mers bine, de vreme ce, în 1557 a făcut apel la Petre „bărbierul" din Braşov, iar între anii 1558—1568 a recurs de mai multe ori la un anume Andrei, — căruia, odată îi zice „bărbier" altă dată „medic", altă dată îi spune „meşter de îngrijit rane", iar altă dată îi zice „chirurgul" Andrei.

De altfel, făcând abstracţie de un oarecare Mezentie, chirurgul lui Sigismund Batori, care a venit şi pe la noi, în toată epoca dintre 1600—1700, aflăm foarte puţini inşi cu titlul de chirurgi, căci abia se pomeneşte de un Balcer din Lemberg şi de un Frederic Gross, care se lăuda ca ştie să trateze „fasciis et emplastribus".

Este drept că în acel timp a trecut pe la noi şi doctorul Alexandru Mavrocordat, care a ajuns celebru şi a fost înscris în „Dictionnaire des savants" graţie lucrării sale „De instrumento respirationis et circulatione sanguinis" — tipărită la 1664, — dar numele lui aparţine unui patrimoniu străin.

Tot cam pe atunci a profesat la noi doctorul Timon, şi este probabil că aici a învăţat el practica variolizării. Plecând însă din ţară în 1674 (—după bănuiala de a fi otrăvit pe Grigore Ghica), Timon a vânduit descrierea acestei metode, lui Carol XII, şi în acelaşi timp a comunicat-o Academiei din Halle şi celei din Londra, devenind prin aceasta „autor" sau „mare învăţat". Numele lui însă — ca şi acela al lui Dioscuride şi al lui Mavrocordat, — a trecut în patrimoniul străin, iar la noi a rămas înscris ca un simplu călător.

In felul acesta, istoria publicisticei noastre — chiar în domeniul medical — ajunge tot la cele două pravile — a lui Matei Basarab şi a lui Vasile Lupu, din 1640 şi 1646, — care vorbesc şi despre rane sau răniri; — am spus însă că acestea pot să fie considerate ca nişte coduri medico-legale, dar în niciun caz nu pot fi interpretate ca lucrări chirurgicale.

De notat este că tocmai pe vremea lui Const. Brâncoveanu mai întâlnim un hirurg, Ştefan Sixt, care a murit în 1700, iar în 1701, — pe lângă atâţi bucătari şi cei opt medici pe care-i avea la Curtea sa, — Brâncoveanu a angajat şi pe un chirurg Lentier, al cărui rol, după cât se spune, se mărginea la luarea sângelui, prin flebotomie.

Din cauza abuzului, el ar fi fost însă repede îndepărtat, iar chirurgia românească a rămas tot fără alt reprezentant decât bărbierii băştinaşi, şi s'a limitat la atât cât ştiau aceştia şi la ce făceau improvizaţii străinii porecliţi medici.

Prin părţile apusene mai apare câte un chirurg ca Michel Hambacher care profesa în 1714 la Sibiu, un Daniel Borbelyi în 1719 la Cluj, etc., dar în vechile principate, abia în 1729, sub domnia lui Mavrocordat, mai întâlnim pe un Jean Marie Baptiste Desmarets, chirurg francez, care a murit la noi şi a fost îngropat în biserica Mitropoliei.

Altmintreli, în epoca dintre anul 1700 până după 1800 — pe care istoricii o numesc prima perioadă a medicinei moderne, — aceasta a făcut atâtea progrese, de care, implicit, avea să beneficieze şi chirurgia, — iar sub influenţa marilor descoperiri ale anatomiştilor — în frunte cu Vesale, — chirurgia a început să devină o ştiinţă mai precisă şi să se individualizeze ca o specialitate. Pe de altă parte, pe lângă trebuinţa îngrijirii victimelor din războaie, odată cu introducerea maşinismului şi accelerarea ritmului vieţii, — care au înmulţit accidentele —, — chirurgia s'a impus din ce în ce mai mult ca o necesitate, şi de aceia s'a creeat la Paris o şcoală specială de chirurgie, numită „Collège de St. Côme", iar la Cluj s'a înfiinţat un „Liceu medico-chirurgical", pe când la noi, abia se înfiinţa (în 1710—12), la Mânăstirea Colţea, primul spital propriu-zis.

Din nefericire însă, — afară de crearea câtorva spitale, — ai noştri n'au participat cu nimic la această mişcare, căci în tot cursul veacului dintre 1700—1800 abia întâlnim câţiva medici titraţi români, iar marea majoritate a celor peste 350 de străini zişi „dohtori" care au năpădit Principatele Române în acest interval, s'a ocupat exclusiv de progresul pungii lor, pe când acei câţiva (Pylarino, Kölesseri, Hacquet, Lange, etc.), care au făcut oarecare studii pe la noi, au fost însumaţi în bilanţuri străine.

De pildă: Iacob Pylarino, de origină grec, instruit la Padova, a profesat la Constantinopol şi apoi (între 1684—87) la noi, ca medic al prinţilor Cantacuzino; — pe urmă a umblat prin Germania, Rusia, Veneţia şi a revenit la noi, ca „doctorul cel mare" al Curţii lui Brâncoveanu (între 1698—1703). Este de bănuit că tot aici a învăţat şi el variolizarea — ca şi Timon — căci altmintreli, mă întreb: de ce n'au publicat nimic mai înainte de a fi venit la noi? Fapt este că, pe această temă a ajuns celebru, căci în 1715 a publicat, în latineşte, cartea sa „Nova et tuta variolas excitandi per transplantationem methodus" care a fost tradusă apoi în toate limbile. Dar, pe când unii îl numesc „un grand initiateur grec de vaccine", alţii îi zic „un precursore italiano del Jenner", dar de legătura lui cu Valahia nu pomeneşte nimeni.

Tot astfel, Samuel Kölesseri, instruit la Leyda, a publicat în 1709, la Sibiu „Auraria romano-Dacica" şi „Hecathene et Thermocrene Dacicae", — care sunt lucrări originale, dar se laudă alţii cu ele, — atunci când nu-i supără vorbirea despre noi.

Tot astfel, Baltazar Hacquet, de origină francez, care a făcut

mai întâi studii chirurgicale la Paris, a vânturat lumea ajungând până în Basarabia şi apoi în Transilvania. După aceia s'a dus la Viena şi în 1766 a luat doctoratul prezentând o teză originală de chirurgie „Nova methodus ani arteficialis in regione iliaca sinistra instituendi". A funcţionat câtva timp ca chirurg cameral, apoi a ajuns la Lyublyana ca profesor de anatomie, fiziologie şi obstetrică, iar în urmă după ce a pălătuit din nou pe la noi, a ajuns profesor şi decan al Facultăţii din Cracovia. Interesant este că a publicat, în nemţeşte atâtea lucrări originale ca: „Neueste pyysikalisch=politische Reisen durch die Dacischen und sarmatischen oder nordlichen Karpathen", — „Ueber einige Salzstöcke in der Moldau und Siebenbürgen", — „Etwas über die karpathischen Gebirgen und einige Mineralwässer", şi încă o seamă altele. Totuşi, îl revendică Croaţii şi Polonezii, — şi n'ar păcătui nici Francezii, — dar la noi s' trecut totdeauna, cu atâta uşurinţă, asupra numelui său.

Mai izbitoare încă este povestea lui Martin Lange, — care, după ce a studiat la diferite Universităţi, a funcţionat mereu ca „fisicus" (adică, medic) în Braşov, Trei Scaune şi Ţara Bârsei. El a scris — între altele — „Von der Glaubwürdigkeit der meisten Pestberichte aus der Moldau und Wallachey", — „Reccensio remediorum praecipuorum Transilvanicis domesticorum" şi alte câteva lucrări care ne privesc direct, dar medicina noastră n'a făcut caz niciodată de acest nume.

Graţie celor câteva informaţiuni pe care le dă în „Descripţio Moldaviae", în Istoria imperiului otoman, şi în Istoria ieroglifică, — Dimitrie Cantemir a fost considerat ca primul istoriograf medical român; — dar, ori cât 'mi-ar place să fie şi altfel, trebue să recunosc că lucrările sale sunt numai istorice şi nici decum medicale sau chirurgicale.

Cât despre „Poemata medica" a lui Dumitru Carakasse, fostul dohtor al Pantelimonului, despre care s'a pomenit foarte des la noi, — a fost scrisă în versuri greceşti şi tradusă în proză latină, chiar de către autor. Acea carte are ceva medical într'ânsa, dar nu-şi găseşte nici un loc în istoria chirurgiei.

(Urmare)

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

In Reumatisme, Artrite, Nefrite, Nevralgii

SALITINOL

„GALENO"

Injecţiuni intramusculare de fenilchinoleinat de sodiu — Salicilat de sodiu — Anestezină

DIZOLVĂ

Salicilat de lithină
Benzoat de lithină
Piperazină
Hexametilen-tetramină

ŞI

ELIMINĂ

ACIDUL

URIC

GRANULE

SALITINOL

„GALENO"

SALITINOL POMADA

Metaxil — Acid Salicilic — Anestezină — Lanolină

Reprez. „FARMACOPEIA" Calea Rahovei, 189, Bucureşti

BCU Cluj / Central University Library Cluj

FTIRIAZA IN ANTICHITATE

de

D-r HECTOR SARAFIDI și D-r N. VĂTĂMANU

Pentru cercetătorul scrierilor vechi, care formează tezaurul civilizației greco-romane, este într'adevăr surprinzător de constatat cât de mulți oameni mari ai antichității au suferit de ftiriază. Surpriza are două temeiuri: întâi numărul ridicat al victimelor ftiriazei și apoi gravitatea acestei afecțiuni, care atrăgea moartea celor atinși. Aceasta din urmă, mai ales, contrastează cu benignitatea relativă a acestei afecțiuni în timpurile noastre.

Din ftiriază sau pediculoză, reținem doar aspectul dermatologic al leziunilor provocate de cele trei varietăți de păduchi și anume: păduchele de cap (Pediculus capitis), păduchele de corp (Pediculus corporis) și păduchele pubian sau lat (Pediculus inguinalis).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu este de sigur locul aici, să descriem fiecare varietate de păduche; și nici să repetăm ce boale poate transmite păduchele; vom arăta numai, foarte pe scurt, care este simptomatologia ftiriazei exclusiv din punctul de vedere dermatologic.

In urma înțepăturii păduchelui de cap, se formează o mică hemoragie, urmată de o papulă. Scărpinatul rupe această papulă, care prin urmare dă o crustă, dacă nu se infectează, formând o pustulă. Mulțimea pustulelor, amestecate cu abcese ale pielei capului și cu infecții streptococice supraadăugate, constituie complicația cea mai obișnuită a ftiriazei capului. Este caracteristică trichoma sau plica poloneză, când capul este acoperit de păr încâlcit, lipit prin cruste de impetigo, exalând un miros respingător. Starea generală este influențată și s'au putut observa cazuri de moarte, însă în mod excepțional.

Păduchele de corp dă prin același mecanism pruritul și provoacă scărpinatul, care repetat îndelung duce la o lichenificare cu pigmentarea pielei, semn trădător chiar după ce excoriațiile au trecut. Infecțiunile obișnuite sunt cele strepto și stafilacocice realizate sub formă de piodermite, limfangite, impetigo, etc.. In mod cu totul excepțional, dat fiind și terenul pe care se desvoltă aceste complicații, la vagabonzi, cerșetori, etc., ele pot lua un mers grav.

In ce privește păduchele pubian, complicațiile sunt pe aceeași linie, însă încă și mai reduse ca gravitate.

În faţa acestei simptomatologii, de o gravitate mai puţin decât moderată, să punem mărturiile pe care ni le furnizează lectura textelor vechi.

Dionisie din Alicarnas, scrie despre **Epicur,** că la vârsta de 80 ani, era bolnav de ftiriază. El însă a murit la o vârstă înaintată de o calculoză vezicală care i-a produs o reţenţie urinară, cu fenomene uremice timp de 14 zile, (Din Diogene Laërtius).

Despre **Speusip,** nepot de soră al lui Platon, căruia i-a şi urmat la cursurile Academiei, scrie Timoteu în cartea vieţii lui, că ftiriaza îi topise corpul, (Din Diogene Laërtius, Plutarh: Viaţa lui Lisandru).

Şi despre **Platon** se spune că a suferit de ftiriază. Nu se ştie însă dacă boala a fost concomitentă cu altă afecţiune contractată în Egipt, de care s'a vindecat făcând băi de mare.

Calistene din Olinth, nepot al lui Aristotel şi dascăl al lui Alexandru cel Mare, pe care l-a şi însoţit în expediţia din Asia, a suferit de ftiriază în următoarele împrejurări: Calistene a fost pedepsit cu închisoarea într'o cuşcă, fiind găsit vinovat de a fi luat parte la un complot contra lui Alexandru. In timpul cât a stat închis în cuşcă, unde a şi murit sfâşiat de un leu căruia i s'a dat drumul înăuntru, Calistene a suferit de ftiriază din cauza lipsei de îngrijiri. (Diogene, Laërtius: Aristotel).

Ferechide din Syra a murit de ftiriază. El a fost îngropat de către dascălul său Pitagora în insula Delos, ceea ce era o deosebită cinste fiindcă în acea insulă nu era îngăduit să se facă înmormântări.

Despre ftiriaza lui Ferechide scrie Platon în Viaţa lui Sylla, Pausanias „Atica", Aristotel în „Viaţa animalelor" şi Aelianus în „Istoria varia". Aceasta din urmă spune că Ferechide s'a sfârşit în chinuri, tot corpul lui fiind mâncat de păduchi. (Dintre toţi autorii vechi, numai Pliniu spune că Ferechide a murit muşcat de un şarpe).

Epigrama scrisă de Diogene Laërţius face aluzie la moartea prin ftiriază.

Intr'o scrisoare către Thales Milesianul, Ferechide şi-a descris boala: „Sunt plin de păduchi şi sufăr de febră continuă. Am dat ordin servitorilor mei să-ţi aducă scrisoarea după ce mă vor îngropa. Dacă vei socoti de bine, dimpreună cu ceilalţi înţelepţi, aşa să faci. Dar dacă nu veţi găsi de cuviinţă, să nu faci. Eu n'am avut nicio plăcere în această viaţă. Intâmplările vieţei nu dau niciodată mulţumire şi nici nu pot să spun că am putut afla adevărul. Eu tot ce am spus, prin subînţelesuri am spus. Fiind încercat de boală, n'am chemat niciun doctor şi nici pe prieteni nu i-am primit în casă. Iar când ei au venit până la uşă şi au întrebat ce e cu mine, am arătat boala de care sufeream, petrecând degetul prin gaura încuietoarei. Şi le-am prezis că a doua zi au să vină la înmormântarea lui Ferechide".

Despre **Sylla** care, după Strabon, suferea şi de podagră, boală care l-a silit să-şi caute vindecarea la băile sulfuroase din Edipsos (Eubea), se povesteşte că a suferit la sfârşitul vieţii lui şi de ftiriază. Păduchii de pe el erau în număr atât de mare, încât oamenii care-l îngrijeau, îi culegeau ziua şi noaptea şi nu mai pridideau să-l cureţe, căci se făceau la loc, umplându-i hainele şi baia. Măcar că se îmbăia toată ziua, carnea i se descompunea văzând cu ochii. Mulţimea insectelor rezista la toate încercările de a le îndepărta. (Plutarch scrie că Sylla suferea de o boală care-i umpluse măruntaiele de puroi, probabil un abces al ficatului).

Jurisconsultul **Quintus Mucius,** praetorul, care a fost ucis de Marius cel-tânăr, a suferit de ftiriază.

Eunus Syrianul, care fusese proclamat rege al Sclavilor şi în capul unei armate numeroase devastase Sicilia timp de trei ani, prădând şi omorînd pe locuitori, suferea şi el de ftiriază de pe urma căreia a şi murit, în timp ce era transportat la Roma, după ce a fost învins de către armata romană.

Poetul liric **Alcman,** născut în Sarde (Lycia) care a trăit între a XVII şi XXX Olimpiadă, a suferit şi el de ftiriază.

Dintre cei din epoca mitologică-eroică este pomenit ca suferind de ftiriază **Acastus,** fiul regelui Iolcului (Tesalia) Pelias, vărul lui Iason, capul expediţiei Argonauţilor.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

(Alături de aceste mărturii ale antichităţii, să amintim că la curtea lui Ludovic al XIV-lea păduchii erau nelipsiţi. Pe acea vreme baia nu intrase în obişnuinţa nici a celor bogaţi, iar parfumurile nu îndepărtează păduchii, care au un miros foarte slab. Au murit de pe urma păduchilor chiar şi Domnitori, cum a fost regele Filip al II-lea, iar pacostea păduchilor face parte din cele nouă flagele lăsate asupra Egiptului. **(Prof. I. Simionescu — Fauna României).** Exploratorul Livingston a suferit şi el de ftiriază în timp ce se găsea în Centrul Africei.

* * *

Gravitatea acelor forme de ftiriază din antichitate ridică însă altă problemă şi anume a exactităţii diagnosticului. Cu alte cuvinte ceea ce se numea în vechime ftiriază se suprapune exact peste ftiriază, după concepţia modernă? Sau cadrul antic, mai larg din cauza impreciziunei diagnosticului, mai cuprinde şi alte afecţiuni mai grave decât cele produse de păduchi?

Sunt fapte care ar putea pleda în favoarea acestei din urmă interpretări.

Scabia, bunăoară, a fost socotită din vechime şi până în secolul al 17-lea, drept o boală diatezică, înglobând toate afecţiunile parazitare; deabia începând cu Diacinto Cestoni (1637—1718)) a putut fi identificată drept o boală parazitară, micşorându-şi cadrul propriu şi permiţând a se contura alte boale pruriginoase.

Cu lepra s'a întâmplat de sigur la fel, marele număr de suferinzi din antichitate şi evul mediu, fiind format nu numai de leproşi, dar poate că şi de bolnavii atinşi de cancerul pielei, de tuberculoza pielei şi de alte afecţiuni mutilante.

Tot astfel, putem crede că în cadrul ftiriazei antice vor fi fost înglobate şi alte afecţiuni parazitare, datorite viermilor şi larvelor.

Dintre insectele ce pot da afecţiuni grave şi care ar putea fi eventual confundate cu ftiriaza notăm aici doar, Sarcophaga Wohlfharti, o muscă ce atrasă de mirosul plăgilor vine să-şi depună ouăle pe răni: larvele ei atacă ţesuturile, provoacă supuraţii şi complicaţii septice mortale. Această insectă trăieşte în Europa orientală şi în Rusia.

De sigur că lipsa unor descrieri mai amănunţite nu îngăduie supoziţii mai îndrăzneţe, astfel încât suntem obligaţi a ne limita doar la aceste consideraţiuni.

Cluj University Library Cluj

Comemorare

PROFESORUL VASILE VLĂDESCU

— Cu prilejul împlinirei a 100 de ani dela naşterea sa —

de

D-r IOAN GLĂVAN

S'au împlinit 100 de ani dela naşterea lui Vasile Vlădescu, cel dintâi profesor român, de oftalmologie, dela Facultatea de Medicină din Bucureşti.

La Şcoala de Medicină a lui Davila s'au predat noţiuni de oftalmologie chiar dela înfiinţarea ei, dar nu de un oculist, ci de profesorul de patologie chirurgicală. Abia la sosirea în Bucureşti a lui Kugel, diplomat din Viena, elev al lui v. Graefe, adus de Davila la recomandarea acestuia, se introduse în programul Şcoalei de Medicină, în 1864, un semestru de clinică oftalmologică, pentru studenţii anului al IV-lea şi al V-lea.

Concomitent cu trecerea în programul Şcoalei, ca curs complimentar, a Clinicei Oftalmologice, Davila creiază pentru Kugel un mic dispensar pentru boli de ochi şi de urechi, la Colţea, iar la spitalul militar se înfiinţează o subdiviziune oculistică, pe lângă serviciul chirurgical, ambele conduse de Kugel.

Primul asistent al Clinicei Oftalmologice, nou creiată, dintre elevii Şcoalei de Medicină, a fost Vasile Vlădescu, unul dintre cei mai distinşi elevi ai ei. El a tălmăcit, lecţie cu lecţie, cursul lui Kugel, pe care-l făcea în limba germană.

Nu este locul să arătăm peripeţiile prin care a trecut catedra de oftalmologie, în cei 4 ani cari au urmat înfiinţării ei; în care timp s'au schimbat mulţi profesori şi existenţa ei a fost de multe ori periclitată. In acest timp, Vlădescu fusese trimis la Paris de Davila, pentru a-şi lua doctoratul şi pentru a continua studiile oftalmologice, de unde s'a înapoiat cu puţin mai înainte de transformarea Şcoalei de Medicină în Facultate.

In 1869, Clinica Oftalmologică este trecută printre catedrele fundamentale ale Facultăţii de Medicină, nou înfiinţată, cu un salariu de 400 de lei pe lună şi se declară vacantă. In ziua fixată pentru concurs, spune Vlădescu în lecţia sa inaugurală, nu s'a prezentat niciun examinator şi niciun alt candidat afară de el, dar, cu toate acestea, peste o lună a fost numit profesor Fabricius.

In anul următor, 1870, catedra deveni din nou vacantă, prin plecarea lui Fabricius la Craiova şi Vlădescu a fost numit, în fine, titularul ei. Opoziţia făcută înfiinţării catedrei de oftalmologie la Bucureşti (când erau multe centre străine cu Facultăţi mai vechi, cari n'aveau această catedră), opoziţie şi mai aprigă contra ocupării ei de către Vlădescu, se datora profesorilor bătrâni, cari nu vedeau cu ochi buni numirea ca profesori a elevilor lor, lucru mărturisit chiar de Davila, („Când am voit să înfiinţez şcoala de medici, spune el, am găsit cea mai cruntă opoziţie din partea membrilor comitetului medical, cari au declarat că Românii nu sunt în stare să se facă doctori, ci bărbieri, sau cel mult felceri").

Cu numirea lui Vlădescu ca profesor al Clinicei Oftalmologice, această specialitate începu să-şi ceară dreptul să se desvolte şi să trăiască. O piedecă în desvoltarea ei era lipsa unui serviciu propriu, deoarece Vlădescu moştenise dela predecesorul său, Fabricius, serviciul de ochi contopit cu cel chirurgical. A trebuit să scrie în cotidianele timpului, să recurgă la toţi cunoscuţii şi, împreunnă cu ei, să ducă lupta pentru a-şi realiza dorinţele.

Vlădescu ceru un serviciu, bine organizat, numai pentru bolnavii de ochi, deoarece, spunea el „bolnavii de ochi nu pot suporta lumina; pentru ei lumina vie este o piedecă de vindecare şi o cauză mai mult de suferinţă". In acelaşi timp dovedi cu date că bolnavii de ochi sunt mulţi şi ei trebuiesc îngrijiţi în servicii speciale, cari să servească şi studenţilor să înveţe această specialitate, deoarece medicii au „mare necesitate de cunoştinţe solide în boalele de ochi, îndată ce vor păşi în practica medicală. Oculiştii au şi mai mare nevoie să capete o cultură, atât specială, cât şi generală, căci, dacă poate fi cineva medic fără a fi oculist, nimeni nu poate fi oculist fără a fi medic".

Pentru ca să evidenţiem şi mai mult cât de largi erau vederile acestui oculist în domeniul oftalmologiei, vom cita rândurile de mai jos, rostite de el cu prilejul deschiderei cursului de oftalmologie, cuvinte cari pot fi spuse şi azi, au tot atâta actualitate, tinerilor noştri studenţi: „Ceea ce trebue să ştiţi, ieşind de pe băncile Facultăţii, în boalele interne sau externe, tot aceea trebue să cunoaşteţi şi în boalele de ochi. Precum trebue să ştiţi a vă servi de stetoscop, sau de specul, tot asemenea trebue să cunoaşteţi şi întrebuinţarea oftalmoscopului. Nu pretind ca un medic de arondisment să deosebească diferite afecţiuni ale fundului ochiului, dar cer să ştie sigur a diferenţia, la început, glaucomul de cataractă şi să deosebească o conjunctivită de keratită".

O parte din dezideratele lui Vlădescu s'au realizat îndată, multe însă au trebuit să aştepte realizarea 7—8 ani dela numirea sa ca profesor.

In Aprilie 1875 a fost confirmat medic primar al Eforiei Spitalelor Civile, în baza concursului depus. Fiind în conflict cu conducătorii Eforiei, aceştia nu i-au recunoscut drepturile băneşti cuvenite medicilor primari. Mai mult încă, pentru a-l lovi şi mai mult, conflictul provenind din nesatisfacerea nevoilor serviciului oculistic, Eforia a hotărît să mute acest serviciu dela Colţea la Filantropia. Hotărîrea însă n'a fost înfăptuită, deoarece Vlădescu ceru intervenţia Ministerului respectiv, iar decizia

Eforiei a fost anulată. Cu acest prilej Ministerul a ordonat Eforiei, găsind că cererile lui Vlădescu sunt drepte, să menţină Clinica Oftalmologică la Colţea, să-i organizeze serviciul spitalicesc şi să prevadă în buget un post de medic primar, un secundar şi interni, întocmai ca la celelalte servicii existente. Abia dela această dată înainte Clinica a funcţionat în aceleaşi condiţii bune ca celelalte şi învăţământul oftalmologic a luat un frumos avânt.

Ca să arătăm cât de frecventat era serviciul oculistic dela Colţea, este suficient să cităm o statistică a lui Vlădescu, făcută pe 8 ani (1868—75, timp în care serviciul a avut multe de suferit, deci a funcţionat în condiţii defectuoase): „...s'au prezentat la consultaţiile gratuite 8202 bolnavi de ochi, iar operaţiile practicate pe ochi şi anexele lui, în acest timp, se urcă la 855. Numărul 8202 reprezintă numai pe al bolnavilor, nu şi pe al consultaţiilor date aceluiaşi bolnav, care a urmat mai multe zile la tratament; numărul aproximativ al acestor consultaţii se urcă la 80.000"...).

Opera socială a lui Vlădescu a fost tot atâta de bogată ca şi cea oftalmologică. In 1870 a introdus în ţară vaccinaţia animală contra variolei. Vaccinul animal a fost introdus în uz la 1867, după raportul lui Hervieux la Academia de Medicină din Paris. Vlădescu s'a înapoiat din Franţa cu dorinţa vie de a introduce şi în patria sa acest procedeu, pe care-l găsia foarte util şi mai eficace decât metoda vaccinaţiei umane.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şi a creiat, la 1874, pentru acest scop, un institut propriu în care ajunsese să prepare importante cantităţi de vaccin, pentru care şi-a atras în scurt timp lauda medicilor francezi şi italieni, pentru eficacitatea vaccinului, care fusese experimentat în toată Europa. Ani de-a-rândul „Progresul Medical Român" a publicat scrisori de mulţumire şi statistici dela medicii cari au întrebuinţat vaccinul preparat în institutul său, iar legiuitorul timpului a ordonat ca vaccinarea să fie obligatorie, pentru toată ţara, numai cu vaccin animal. Şi cu toate acestea, Vlădescu a avut multe greutăţi de întâmpinat, dela cei cari vedea cu ochi răi avântul pe care-l luase institutul său. I s'a comandat vaccin şi nu s'a mai cumpărat, chiar de autorităţi, încât, a ajuns, în cele din urmă, să-şi susţină institutul din vânzările, pe cari le făcea regulat, în Belgia, Italia şi Spania.

Dorind să facă un început de statistică a bolnavilor de ochi din ţară, s'a adresat în 1876, Ministerului treburilor dinăuntru şi a rugat să i se înlesnească o călătorie prin ţară. Cerea totodată ca prefecţii să întocmească statistici de bolnavii de ochi şi urechi, pe care să i-le prezinte la sosirea lui, iar bolnavilor săraci să li se înlesnească transportul până la reşedinţa judeţului, ca să-i poată opera. Petiţia lui Vlădescu a fost trimisă consiliului medical superior, ca să-şi dea avizul. Răspunsul a fost defavorabil lui Vlădescu, care n'a dezarmat însă, ci s'a hotărît să facă această călătorie ca simplu particular.

A vizitat în 1876 Muntenia şi în 1878, îndată după război, Moldova şi a operat şi îngrijit mulţi bolnavi de ochi, lăsându-i apoi în grija medicilor localnici.

Cu această ocazie a cunoscut şi mai bine suferinţele poporului

de pe urma şarlatanilor, pentru care motiv, în calitatea de profesor de oftalmologie, a adresat, în 1882, o cerere procurorului general al Curţii de Apel din Bucureşti, în care îi cerea să urmărească şi să pedepsească pe şarlatanii cari se dădeau drept lecuitori ai bolilor de ochi.

Vlădescu a înfiinţat şi a condus, împreună cu d-rul Chabudeanu, ziarul medical, „Progresul Medical Român", care devenise foarte cunoscut în ţară, pentrucă se ocupa de toate problemele medicale şi politico-sociale. Acest ziar a făcut ani de-a-rândul propagandă pentru ţinerea primului congres medical din ţară şi cu toată opoziţia multora dintre puternicii zilei, congresul, sprijinit de Davila şi de prietenii săi, s'a ţinut.

Vasile Vlădescu a fost un profesor bun, în adevăratul înţeles al cuvântului, încât studenţii erau atraşi la cursul de oftalmologie de lecţiile frumoase pe care le făcea, ci nu constrânşi. A desfăşurat, paralel cu activitatea din Clinică, o frumoasă activitate oftalmologică în afară de spital. Prin călătorii dese, în toate părţile ţării, a pus la dispoziţia bolnavilor, din cele mai îndepărtate regiuni, cunoştinţele sale şi a reuşit să desvolte mult interesul pentru această specialitate, încât începuturile oftalmologiei în spitalele din provincie coincid cu epoca profesoratului lui Vlădescu.

Din nenorocire această frumoasă activitate a fost întreruptă prin moartea lui prematură, la vârsta de 41 de ani, răpus de un abces al ficatului, încredinţând continuarea activităţii lui unuia dintre cei mai dragi şi distinşi elevi, lui Nicolae Manolescu.

Iată un prea palid portret al figurei lui Vlădescu, născut acum 100 de ani, care a însemnat o dâră luminoasă în ştiinţa şi mai ales în oftalmologia românească.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BELLAFIT

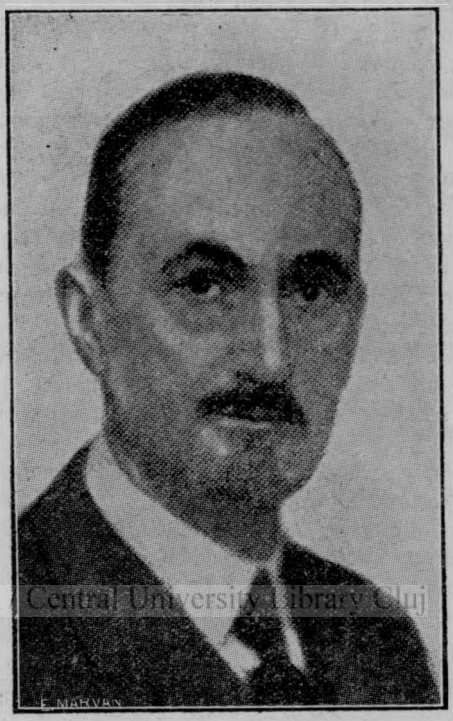
Fiole injectabile, soluţie şi tablete
Antispasmodic energic
conţinând totalitatea alcaloizilor izolaţi. din rădăcină de belladona

Jodoterapia pe cale parenterală prin

VASOJOD

Subcutan — intramuscular — intravenos
Fiole de 2 şi 5 cc.
conţinând 4 respectiv 10 mgr. jod

Fabrica de produse chimice fostă „GEDEON RICHTER" S.A.R.
BUCUREŞTI V, Str. LOGOFĂTUL TĂUT, 99. — Tel. 5.69.02



BCU Cluj / Central University Library Cluj

PROFESOR D-R G. PROCA

(22 Ianuarie 1867—26 Decembrie 1943)

Gheorghe Proca s'a născut la 22 Ianuarie 1867 în oraşul Iaşi. Absolvent al Colegiului Naţional Sf. Sava din Bucureşti, trece teza sa de doctorat în Medicină la Facultatea din Bucureşti în anul 1896, tratând despre „Toxinele bacilului tuberculozei. Cercetări asupra modului lor de acţiune". G. Proca face parte din şcoala marelui savant Victor Babeş. Numit preparator la institutul profesorului Babeş în anul 1889 este avansat asistent şi şef al secţiunii de bacteriologie şi boale infecţioase la om şi animale.

In anul 1904 fu numit profesor de Igienă la Facultatea de Medicină din Iaşi. Profesor de o mare erudiţie a ilustrat cu mare demnitate catedra sa dela Iaşi, în care timp a publicat numeroase memorii despre igiena publică, lucrări care şi astăzi sunt de aceeaşi actualitate.

A trecut apoi la Facultatea din Bucureşti ca profesor de patologie generală. Până la numirea sa (Aprilie 1908) după retragerea profesorului I. Theodori, nu existase un laborator pe lângă această catedră. Noul laborator a fost înfiinţat în 1908 şi inaugurat anul următor, fiind instalat în localul institutului Babeş, în aripa dreaptă, la etaj, în sălile

ocupate până atunci de căminul în care se adăposteau persoanele lipsite de mijloace venite din provincie să urmeze la institut tratamentul antirabic.

În laboratorul de Patologie generală, prin lucrările ştiinţifice ale personalului şi ale colaboratorilor săi din afară, s'a căutat să se contribuie la înaintarea cunoştinţelor în domeniul vast al cercetărilor etiologice şi patogenice. Asemenea investigaţii au fost întreprinse cu privire la sifilis, tuberculoză, tetanos, cărbune, herpes, encefalită letargică, spirochetoze, etc.

Cercetările profesorului G. Proca făcute în laboratorul său de patologie generală sunt numeroase şi importante. Multe din contribuţiunile sale ştiinţifice au fost confirmate şi citate în tratate străine. Astfel, cercetările sale asupra coloraţiei şi asupra culturii spirocheţilor sunt rezumate în tratatul „Die Mikroorganismen" al lui Kolle şi Wassermann. De asemenea contribuţiunile sale asupra anaerobilor şi a bac. fusiformi în simbioză, sunt citate în monografia lui G. Papacostas şi J. Gaté: „Les associations microbiennes" 1928. Coloraţia diferenţială a bacteriilor omorîte (1909) este din nou studiată şi confirmată de H. Kayser (1912, C. f. Bakt. orig. T. 62, p. 174) şi de Frederick P. Gay şi Ada R. Clark (1914, Journal of Bacteriology, V, XXVII, nr. 2, p. 175—189).

Unele din cercetările sale asupra „Bacteriofagiei" sunt citate în monografia lui d'Herelle: „Le bacteriophage", ediţia a 2-a. Problema tuberculozei l-a preocupat în mod deosebit, dela prima sa lucrare din 1896, servind ca teză de doctorat şi până în ultimile zile ale vieţii sale. Într'adevăr, ultimul său memoriu „Apărarea contra tuberculozei" va apare în curând în „Revista ştiinţelor medicale", încât putem spune că G. Proca a lucrat până la moarte, publicând în ultimul timp şi în „România Medicală" mai multe articole asupra tuberculozei turbării, pelagrei. Articolele sale sunt documentate prin date statistice şi evidenţiate cu o clară expunere şi vastă erudiţie.

Dela moartea profesorului Victor Babeş (1926), direcţiunea institutului D-r V. Babeş a fost încredinţată profesorului G. Proca, unul dintre primii asistenţi şi elevi ai marelui maestru rămânând în acelaşi timp şi director al laboratorului său de patologie generală.

La moartea profesorului Babeş au rămas vacante catedrele de bacteriologie şi anatomie patologică. G. Proca a suplinit catedra de Anatomie patologică până la numirea profesorului Bacaloglu şi catedra de bacteriologie până la numirea D-lui Prof. D-r Ionescu-Mihăieşti în 1930, când laboratoarele de Anatomie patologică şi cel de bacteriologie devin independente. Astfel încât sub direcţiunea profesorului Proca (1926—1937) rămâne mai departe Institutul Babeş, însă reprezentat numai prin serviciul antirabic.

In domeniul radiologiei, profesorul Proca a publicat o serie întreagă de cercetări, având colaboratori vechi şi devotaţi în personalul medical al institutului antirabic Babeş. Intre problemele care l-au preocupat îndeosebi au fost cercetările sale şi ale colaboratorilor săi asupra perfecţionării tratamentului antirabic, reintroducând seroterapia în cazurile muşcăturilor grave. A susţinut totdeauna, bazat pe numeroase cercetări

experimentale, reintroducerea obligatorie a metodei de tratament mixt a lui Babeş, mai ales că seroterapia asociată cu vaccinaţia pasteuriană ne este impusă prin extensiunea turbării în România şi prin faptul, adesea, constatat, că virusul de stradă la noi posedă deseori o mare putere patogenă.

Fire de o discreţie absolută, cu o atitudine aparent rece, G. Proca avea calităţi de conducător şi mai ales poseda acel spirit critic sever şi acea minuţiozitate care se impune adevăratului om de ştiinţă în interpretarea şi discuţia cercetărilor făcute.

Una din preocupările sale a fost şi tipărirea unei publicaţii oficiale (trimestriale) a institutului Babeş „Buletinul serviciului antirabic" apărut prima dată în 5 Octombrie 1935 şi care a continuat să apară în 1942 ca „Buletin al institutului antirabic central D-r Victor Babeş". In acest buletin s'a adunat o parte din activitatea antirabică sub formă de articole sau date statistice, precum şi date asupra profilaxiei, tratamentului antirabic şi asupra virusului rabic.

Pe lângă preocupările sale ştiinţifice asupra rabiologiei, G. Proca a avut şi mari calităţi de bun gospodar şi energic organizator. A făcut numeroase îmbunătăţiri instituţiei pe care a condus-o; a adus rămăşiţele pământeşti ale profesorului Babeş, aşezându-le lângă azilul antirabic cu deosebit gust şi cadru potrivit.

La 10 ani dela moartea prof. Babeş, a organizat comemorarea maestrului său şi i-a aşezat bustul în grădina din faţa institutului.

S'a ocupat îndelung de sănătatea publică, publicând memorii şi lucrând în numeroase comisii în acest scop. Membru în consiliul sanitar superior, cu puţine întreruperi (1910—1941), secretar general al societăţii pentru profilaxia tuberculozei (1910—1940), secretar general din 1909 şi apoi dela 1934 preşedinte al Societăţii C.T.C., director general al Serviciului Sanitar (1922), membru al Academiei de Medicină, membru al Societăţii de Biologie şi al Societăţii Internaţionale de Microbiologie.

In persoana sa ştiinţa a convieţuit armonios cu arta. Din modestie, căutând a rămâne neobservat a publicat, cu pseudonimul literar O. Carp, poeziile sale strânse în volumul „Rândunel", între cari se remarcă mai ales poeziile: „Rândunel şi Doina".

Primele versuri şi le-a tipărit în publicaţiile inspirate de mişcarea socialismului de pe vremuri, stând cu totul izolat în ultimii 25 de ani de mişcarea noastră literară. A colaborat la „Semănătorul" pe vremea când îl conducea N. Iorga şi la „Viaţa Românească" pe vremea lui C. Stere. Căutând a trăi în anonimatul literar, G. Proca a reuşit să se impuie prin meditaţiile sale îndelungi şi triste asupra dramei vieţei, în versuri armonioase, sobre şi lapidare de un pesimism liric foarte accentuat.

G. Proca, ca profesor, director de institut, om de ştiinţă şi poet, rămâne la locul de mare cinste, iar realizările sale constituiesc pentru toţi un exemplu viu de muncă creatoare.

Docent D-r DIMITRIE IONESCU
Directorul Institutului Antirabic Central
„D-r Victor Babeş"